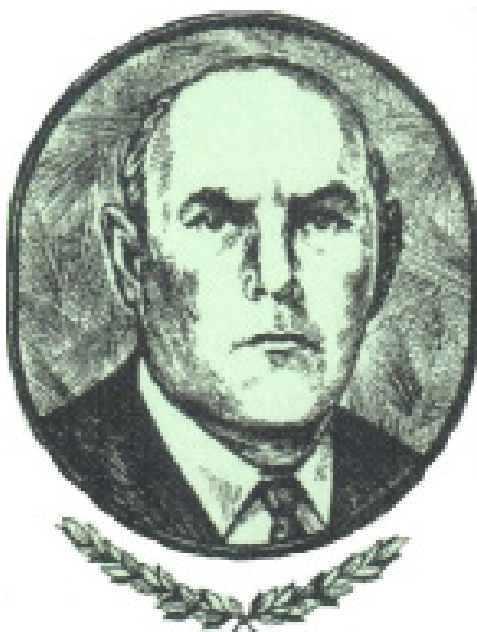


**Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»**



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

2019 № 2 (24)

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)
Василенко И.В. (г. Донецк)
Власова В.Н. (г. Ростов-на-Дону)
Волошин Р.Н. (г. Ростов-на-Дону)
Гончарова Я.А. (г. Доха)
Киосева Е.В. (г. Донецк)
Попович А.Ю. (г. Донецк)
Прилуцкий А.С. (г. Донецк)
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

- Горбенко Ал.С. Анализ вариабельности сердечного ритма у больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний 6
- Краснов В.П., Бычков И.Н., Волошин Р.Н., Краснов П.В., Проценко Т.В., Мехова Г.А. Газожидкостная хроматография в изучении патогенеза и подходы в лечении акне 11
- Проценко О.А., Провизион А.Н., Коктышев И.В. Анализ показателей секс-связывающего глобулина у больных псориазом с хроническим простатитом 16

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

- Грибов В.В., Белик И.Е. Дифференциальная диагностика первичных Т- и В-клеточных лимфом кожи 21

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

- Проценко О. А., Проценко Т. В. Случай туберозного склероза 29
- Радионов В.Г., Торба А.В., Пищикова О.В., Радионов Д.В., Дюльгер Л.Б., Герасимова В.А. Сравнительные клинико-эпидемиологические показатели по меланоме кожи за I-е десятилетие XXI века в луганской области 32

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

- Белая К.О. Аптечное производство 39
- Проценко Т.В., Борjak С.А. Возможности контроля течения атопического дерматита 42
- Небесная Л.В. Современный подход к диагностике аутоиммунных заболеваний 46
- Радионов В. Г., Провизион Л.Н. Обоснование использования адаптогенов в комплексном лечении атопического дерматита 49
- Романенко К.В., Сидоренко И.А., Ермилова Н.В., Романенко В.Н., Галаева Я.Ю., Сердюк Е.Б. Профилактика обострений разноцветного лишая гель-бальзамом с тербинафином 55
- Седаков И.Е., Логунов П.В., Дьячков О.Н. Опыт комбинированного лечения базальноклеточного рака кожи 59

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

- Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Борjak С.А., Корчак И.В., Заблоцкая А.Г., Такташов И.Р., Кузнецова В.Г., Лукьянченко Е.Н., Горбенко Ал.С. Опыт обучения некоторым практическим навыкам по дерматовенерологии на кафедре последипломного обучения 64

ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ 68

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

- Требования к оформлению статей 74
- Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления 76

Contents

ORIGINAL RESEARCH

- Gorbenko A.I.S.** Analysis of variability of the cardiac rhythm in patients with allergy dermatitis against the alarm condition 6
- Krasnov V.P., Bychkov I.N., Voloshin R.N., Krasnov P.V., Protsenko T.V., Mekhova G.A.** Gasliquid chromatography in the study of pathogenesis and dietary correction of acne manifestations 11
- Protsenko O.A., Provizion A.N., Koktishhev I.V.** Analysis of indicators of sex-binding globulin in patients with psoriasis with chronic prostatitis 16

REVIEWS OF LITERATURE

- Gribov V.V., Belik I.Y.** Differential diagnostics of primary cutaneous T- and B- cells lymphomas 21

CLINICAL CASES, OBSERVATIONS FROM PRACTICE

- Protsenko O.A., Protsenko T.V.** A case with a tuberous sclerosis 29
- Radionov V.G., Torba A.V., Pishchikova O.V., Radionov D.V., Dyulber L.B., Gerasimova V.A.** Comparative clinico-epidemiological indices in melanoma of the skin in the 1st decade of the 21st century in lugansk region 32

TO HELP PRACTICAL DOCTOR

- Belaya K.O.** Pharmacy production 39
- Protsenko T.V., Boryak S.A.** Possibilities of control of the flow atopic dermatitis 42
- Nebesnaya L.V.** Modern approach to the diagnosis of autoimmune diseases 46
- Radionov V.G., Provizion L.N.** Substantiation of adaptogenes use in complex treatment of atopic dermatitis 49
- Romanenko K.V., Sidorenko I.A., Ermilova N.V., Romanenko V.N., Galaeva J.Y., Serdyuk E.B.** Use of gel-balsam with terbinafine for the prevention of tinea versicolor recurrent 55
- Sedakov I.E., Logunov P.V., Dyachkov O.N.** Experience of combined treatment of basal cell skin cancer 59

PROBLEMS OF PEDAGOGY OF HIGH SCHOOL

- Protsenko O.A., Protsenko T.V., Provizion A.N., Boryak S.A., Korchak I.V., Zablotskaya A.G., Taktashov I.R., Kuznetsova V.G., Lukyanchenko E.N., Gorbenko A.I.S.** Experience of teaching some practical skills on dermatovenerology in the department of postgraduate training 64

FOLLOWING CONFERENCES 68

INFORMATION FOR AUTHORS

- Requirements for the design of articles 74
- Examples of the list of references. Interstate standard (GOST 7.1 – 2003).
Bibliographic record. Bibliographical description: General requirements
and rules compilation 76

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!

Основные тренды медицины XXI столетия – сохранение здоровья здоровых и превентивная направленность медицинской помощи. В связи с этим очень важна ранняя диагностика заболеваний, формирование имиджа здорового человека и мотивации сохранения здоровья. Именно кожа является тем органом, изменения структуры и функционирования которого может быть первым проявлением соматического неблагополучия, а развитие дерматоза – ключом к ранней диагностике соматических, эндокринных, инфекционных и других заболеваний.



Эстетический вид кожи, заставляющий прибегать к услугам косметолога, также во многом зависит от состояния соматического здоровья. «Если на коже что-то происходит, значит внутри организма это кому-то выгодно». Умение видеть и «читать» кожу – это искусство, которым должны владеть не только дерматологи, но и врачи-интернисты, а также специалисты, практикующие в области эстетической медицины. Именно поэтому «дерматологический» журнал включает информацию на стыке специальностей и содержит рубрики от научных оригинальных исследований до наблюдений из практики и в помощь практическому врачу.

Постоянное и непрерывное профессиональное образование предполагает не только обучающие курсы на кафедрах медицинского университета, но и самообразование, чему способствуют онлайн ресурсы и периодические журналы. 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

Горбенко Ал.С.

АНАЛИЗ ВАРИАБЕЛЬНОСТИ СЕРДЕЧНОГО РИТМА У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ НА ФОНЕ ТРЕВОЖНЫХ СОСТОЯНИЙ

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

Резюме

Цель – изучить параметры variability сердечного ритма у больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний, обусловленных проживанием в зоне боевых действий.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 89 больных с аллергодерматозами (АлД) в возрасте от 18 до 77 лет, мужчин – 43 (48,3 %), женщин – 46 (51,7%). Исследовали спектральные и временные показатели variability сердечного ритма (BCP) с помощью компьютерной системы вариационной пульсометрии Cardiolab 2000: показатель общей мощности (TP); показатель мощности спектра влияния гуморальных систем (VLF); показатель мощности спектра низкочастотных колебаний (LF); показатель мощности спектра высокочастотных колебаний (HF); показатель вегетативного баланса (LF/HF); учитывали временную характеристику BCP – SDNN. Средние показатели больных сравнивали с таковыми в контрольной группе практически здоровых лиц (30 человек), репрезентативных по полу и возрасту.

Результаты. У больных АлД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса, изменения временных и частотных показателей BCP. У больных АлД были снижены более, чем в 2 раза показатели LF (560 ± 230 мс; в контрольной группе – 1150 ± 260 мс; $p < 0,05$). Почти в 2 раза был снижен показатель SDNN ($26,14 \pm 5,3$ мс; в контрольной группе – $43,16 \pm 2,47$ мс; $p < 0,05$). Показатель HF был в 2,5 раза меньше, чем в контрольной группе. Уровень VLF-волн был достоверно выше у больных АлД, по сравнению с контрольной группой – соответственно 1830 ± 100 мс² и 1440 ± 150 мс² ($p < 0,05$). У больных АлД показатель TP был 1160 ± 440 мс², у лиц контрольной группы – в 2 раза и более выше – 2500 ± 420 мс² ($p < 0,05$).

Выводы. У больных АлД выявлены изменения спектральных и частотных показателей BCP, степень выраженности которых зависели от тяжести АлД.

Ключевые слова: аллергодерматозы, вегетативная нервная система, variability сердечного ритма.

Актуальность

Более, чем у 80 % больных, страдающих хроническими аллергодерматозами (АлД), заболевание развивается после стрессорных воздействий, а в клинической картине наблюдаются различные психове-

гетативные расстройства [1]. Доказана роль нарушений функций вегетативной нервной системы (ВНС) в патогенезе АлД [4,6]. Дисфункция ВНС влияет на развитии атопической болезни [1,4]. Показано, что активация иммунокомпетентных клеток кожи с

последующей фазой патофизиологических изменений в дерме при АД находятся под контролем нейровегетативной регуляции [2,3]. Доказана взаимосвязь сенсibilизации кожи и последующего развития иммунорезистентных воспалительных изменений в ней с функциональными сдвигами в центральной нервной системе (ЦНС) и ВНС [4,5,6]. В ранее проведенных исследованиях было показано, что психоэмоциональные факторы, стрессы, психовегетативные расстройства, связанные с дисрегуляцией ЦНС и ВНС, являются факторами, определяющими течение и прогноз АД [6]. Одним из показателей вегетативных дисфункций являются нарушения вариабельности сердечного ритма (ВСР), изучение которых может способствовать оптимизации лечения АД.

Цель – изучить параметры вариабельности сердечного ритма у больных аллергодерматозами на фоне тревожных состояний, обусловленных проживанием в зоне боевых действий.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 89 больных с АД в возрасте от 18 до 77 лет, в том числе мужчин – 43 (48,3 %), женщин – 46 (51,7%). Определяли степень выраженности дерматозов по дерматологическим индексам: SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis), BSA (Body Surface Area) [7]. Влияние АД на качество жизни определяли при помощи индекса DLQI (Dermatology Life Quality Index) [7]. Состояние вегетативного статуса определяли по спектральным и временным показателям ВСР с помощью компьютерной системы вариационной пульсометрии Cardiolab 2000, в соответствии с требованиями рабочей группы Европейского Союза кардиологов [2]. Исследовали следующие параметры нейрогуморальной регуляции: показатель общей мощности (TP); показатель мощности спектра влияния гуморальных систем (VLF); показатель мощности спектра низкочастотных колебаний (LF); показатель мощности спектра высокочастотных колебаний

(HF); показатель вегетативного баланса (LF/HF). Учитывали временную характеристику ВСР – SDNN, отражающую среднеквадратическое отклонение продолжительности сердечного цикла и косвенно – напряженность иммунитета и адаптационных возможностей организма [2,3]. Исследование проводили в положении больного лежа на спине. Длительность записи составила 10 мин. Средние показатели больных сравнивали с таковыми в контрольной группе практически здоровых лиц (30 человек), репрезентативных по полу и возрасту.

Статистическую обработку результатов проводили методами вариационной статистики на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

При анализе нозологических форм АД установлено, что в наших наблюдениях преобладали больные с экземой – 42 (47,2%) и атопическим дерматитом (АД) – 28 (31,5%). Больных с аллергическим контактным дерматитом было 13 (14,6%), с крапивницей – 6 (6,7%). Обращало внимание, что аллергический контактный дерматит в наших наблюдениях в 2 раза чаще встречался у женщин, чем у мужчин – 9 (19,5%) и 4 (9,3%) больных соответственно, и значительно чаще у лиц, старше 50 лет – у 5 (38,4%). АД также в 3 раза чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин – 21 (45,7%) и 7 (16,3%) больных соответственно, во всех возрастных группах.

При анализе клинических особенностей АД выявлено преобладание распространенных форм поражения – BSA 10% и более был у 55 (61,8%) больных, ограниченная форма (BSA до 3 %) встречалась лишь у 18 (20,2%) больных, в основном при аллергическом контактном дерматите. При оценке степени тяжести по шкале SCORAD установлено, что SCORAD более 40 баллов, что отражало тяжелое течение, был у 8 (8,9%) больных, в основном при АД. Средне-тяжелое течение (индекс SCORAD 20-40 баллов) выявлено у 36 (40,4%) больных АД.

Таблица 1

Показатели вариабельности сердечного ритма в сравниваемых группах (M±m)

Показатели / обследуемые	Пациенты с аллергодерматозами	Контрольная группа
TP, мс ²	1160±440	2500±420
VLF, мс ²	1830±100	1440±150
LF, мс ²	560±230	1150±260
HF, мс ²	116±150	230±100
LF HF, %	1,60 ± 0,13	1,52 ± 0,35
SDNN, мс ²	26,14±5,3	43,16 ± 2,47

Среди причин обострения и/или дебюта АлД преобладал стресс – у 74 (83,1%) больных, несколько чаще у женщин, чем у мужчин – у 41 (95,6%) и 33 (76,7%) больных соответственно.

При анализе параметров ВСР у больных АлД выявлен дисбаланс симпатического и парасимпатического тонуса, изменения временных и частотных показателей ВСР, более выраженные при тяжелом и средне-тяжелом течении дерматоза. Выявленные изменения отражают нарушения нейрогуморальной регуляции, напряженность иммунитета и адаптационных возможностей организма, коррелирующих с тяжестью АлД. Так, у больных АлД были снижены более, чем в 2 раза показатели LF (560±230 мс; в контрольной группе – 1150±260 мс; $p < 0,05$), что отражало тонус симпатической нервной системы (табл.1). Почти в 2 раза был снижен показатель SDNN (26,14±5,3 мс; в контрольной группе – 43,16 ± 2,47 мс; $p < 0,05$), что также отражало дисфункцию ВНС и недостаточность симпатического компонента.

Показатель HF был в 2,5 раза меньше, чем в контрольной группе, что могло отражать недостаточность парасимпатического компонента ВНС.

Уровень VLF-волн был достоверно выше у больных АлД, по сравнению с контрольной группой – соответственно 1830±100 мс² и 1440±150 мс² ($p < 0,05$), что могло свидетельствовать о влиянии стрес-

са на развитие дерматоза. Известно, что волны данного диапазона кардиоритма связаны с активностью надсегментарных центров вегетативной регуляции, которые генерируют медленные ритмы, передающиеся к сердцу через симпатическую нервную систему. Ранее было отмечено, что увеличение волн VLF связано с умственным утомлением [3,5]. Считают, что высокий уровень мощности очень медленных колебаний сердечного ритма возникает при избыточном ответе адаптационной системы на стресс, а низкий их уровень указывает на энергодефицитное состояние [3].

Показатель TP – суммарный абсолютный уровень активности регуляторных систем [3,5,6]. У больных АлД показатель TP был 1160±440 мс², а у лиц контрольной группы – в 2 раза и более выше – 2500±420 мс² ($p < 0,05$), что может свидетельствовать о выраженном снижении компенсаторных возможностей организма.

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-сенситизации.

При сопоставлении изученных показателей ВСР с особенностями клиники и течения АлД выявлено, что нарушения центральной вегетативной регуляции и

трофотропной деятельности ВСР коррелировали со степенью тяжести дерматоза. В условиях длительного стресса наблюдались существенные изменения в структуре ВСР, что можно рассматривать как своеобразный индикатор суммарного взаимодействия всех систем организма на течение и прогноз АлД, и должно учитываться при составлении лечебно-реабилитационных программ у лиц, подвергающихся длительным стрессорным воздействиям.

Выводы

1. У больных АлД выявлены изменения спектральных и частотных показателей ВСР, степень выраженности которых зависели от тяжести АлД.

2. Выявленные данные могут способствовать оптимизации лечебно-реабилитационных программ у больных АлД с тревожными состояниями и обосновывают включение в комплексную терапию анксиолитических препаратов и немедикаментозных способов воздействия на ВНС.

Список литературы

1. Аксенова, О.И. Состояние вегетативной нервной регуляции у больных атопическим дерматитом [Текст] / О.И. Аксенова, В.Н. Марченко, К.Н. Монахов // Вестник современной клинической медицины. - 2014. - Вып. 4, Т. 7. - С. 15-17
2. Баевский, Р.М. Анализ variabilityности сердечного ритма при использовании различных электрокардиографических систем [Текст] / Р.М. Баевский, Г.Г. Иванов, Л. В. Чирейкин [и др.] // Вестник аритмологии. - 2002. - №24. - С. 65-67.
3. Бокерия, Л. А. Variabilityность сердечного ритма: методы измерения, интерпретация, клиническое использование [Текст] / Л. А. Бокерия, О. Л. Бокерия, И. В. Волковская // Анналы аритмологии. - 2009. - №4. - С.21-32.
4. Горбенко, Ал.С. Стресс-индуцированные особенности течения и лечения аллергодерматозов у больных, проживающих в районе боевых действий [Текст] / Ал.С. Горбенко // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». - Вып. 13. - Донецк, 2016. - С. 12 - 17.
5. Михайлов, В.М. Variabilityность ритма сердца. Опыт практического применения метода [Текст] / В.М. Михайлов // Иваново, 2000. - 200с.
6. Потоцкий, И.И. Нейродермит [Текст] / И.И. Потоцкий. — Киев, 1986. — 215 с.
7. Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis [Text] // Dermatology. - 1993. - Vol. 186 (1). - P. 23-31.

Gorbenko Al.S.

ANALYSIS OF VARIABILITY OF THE CARDIAC RHYTHM IN PATIENTS WITH ALLERGY DERMATITES AGAINST THE ALARM CONDITION

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

Summary

The aim is to study the parameters of heart rate variability in patients with allergic dermatosis on the background of anxiety states caused by living in a combat zone.

Materials and methods. Under the supervision there were 89 patients with ALD aged from 18 to 77 years old, men – 43 (48.3%), women – 46 (51.7%). Investigated the spectral and temporal indices of HRV using the computer system of variation pulsometry Sagdiolab 2000: total power indicator (TR); indicator of the power spectrum of the influence of humoral systems (VLF); low frequency spectrum power indicator (LF); power spectrum of high-frequency oscillations (HF); vegetative balance index (LF / HF); take into account the temporal characteristics of HRV – SDNN. Averages of patients were compared with those in the control group of practically healthy individuals (30 people), representative by sex and age.

Results. In patients with ALD, an imbalance of sympathetic and parasympathetic tone, changes in the temporal and frequency indices of HRV were revealed. In patients with ALD, the LF indices were reduced by more than 2 times (560 ± 230 ms; in the control group, 1150 ± 260 ms; $p < 0.05$). The SDNN indicator was reduced almost 2 times (26.14 ± 5.3 ms; in the control group – 43.16 ± 2.47 ms; $p < 0.05$). The HF index was 2.5 times less than in the control group. The level of VLF – waves was significantly higher in patients with ALD, compared with the control group – 1830 ± 100 ms² and 1440 ± 150 ms², respectively ($p < 0.05$). In patients with ALD, the TP index was 1160 ± 440 ms², in the control group, 2 times or more, 2500 ± 420 ms² ($p < 0.05$).

Conclusions. Changes in the spectral and frequency indices of HRV were found in patients with ALD, the severity of which depended on the severity of ALD.

Key words: allergic dermatosis, vegetative nervous system, heart rate variability.

УДК-543/.544:616.53-002-092+615.874.2

Краснов В.П.¹, Бычков И.Н.¹, Волошин Р.Н.¹, Краснов П.В.¹,
Проценко Т.В.², Мехова Г.А.²

ГАЗОЖИДКОСТНАЯ ХРОМАТОГРАФИЯ В ИЗУЧЕНИИ ПАТОГЕНЕЗА И ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ АКНЕ

¹ Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ

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

Резюме

Цель. Изучить состав высших жирных кислот биоптата больных акне методом газожидкостной хроматографии.

Материалы и методы. Изучался состав высших жирных кислот элементов сыпи (пустул, папул) и соскобов с кожи 12 женщин в возрасте от 17 лет до 21 года больных акне различной степени тяжести методом газожидкостной хроматографии.

Результаты. Полученные хроматографические данные показали взаимосвязь изменений состава жирных кислот в зависимости от степени выраженности акне. Предложено в лечении акне применять препараты 1,3-диэтилбензимидозолия трийодида и коррекционную диету.

Выводы. Проведенное исследование показывает перспективность использования газожидкостной хроматографии в понимании патогенеза акне и оптимизации подходов к лечению.

Ключевые слова: акне, газожидкостная хроматография, патогенез, высшие жирные кислоты, диета.

Актуальность

Угревая болезнь (вульгарные угри, акне) – это мультифакторное воспалительное заболевание кожи, вызываемое изменениями в пилосебационных структурах сальных желез, которое обусловлено повышенной активностью андрогенов. Установлено, что в формировании акне задействовано 4 основных механизма: гиперпродукция секрета сальных желез, фолликулярный гиперкератоз, деятельность бактерий анаэробной флоры – *Propionibacterium acnes* и стафилококка – *Staphylococcus epidermidis*, воспаление [1,2]. Различают 4 степени акне: 1 степень – характеризуется наличием комедо-

нов (закрытых и открытых) и до 10 папул; 2 степень – комедоны, папулы и до 10 пустул; 3 степень – комедоны, папуло-пустулёзная сыпь и до 3 узлов; 4 степень – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы с формированием множественных болезненных узлов и кист. 1-я степень акне является лёгкой, 2-я и 3-я – среднетяжёлой и 4 степень – тяжёлой. Известно, что тяжёлая степень заболевания сопровождается воспалительным процессом, который может поддерживаться жизнедеятельностью патогенной микрофлоры. Известно, что каждый микроорганизм имеет индивидуальный количественный и качественный

состав высших жирных кислот (ВЖК) и нейтральных соединений. Выявленные отклонения в хроматографических спектрах биологических образцов кожи человека отражают изменения жизнедеятельности патогенных микроорганизмов при дерматозах и могут быть использованы в практическом здравоохранении [3,4].

Цель работы – определить хроматографический спектр высших жирных кислот и нейтральных соединений пустул, папул и соскобов с кожи больных акне различной степени тяжести и провести клинико-лабораторный анализ полученных данных.

Материал и методы

Обследовано 12 женщин в возрасте от 17 лет до 21 года, в том числе 2 – практически здоровые женщины; 2 больных с лёгкой степенью акне; 3 больных – со второй степенью; 3 – с третьей степенью и 2 больных – с 4 степенью угревой болезни.

Исследованы следующие биологические материалы: соскобы с кожи 2-х практически здоровых женщин; соскобы с кожи, пустул, папул больных акне. Во избежание попадания в исследуемые образцы посторонних соединений биологические пробы отбирали до лечения кремами и гелями, предварительно за сутки обезжиривали исследуемые участки кожи петролейным эфиром. Больные в течение 3 дней до забора материала не применяли косметические и гигиенические средства на исследуемых участках кожи.

Методом газожидкостной хроматографии изучили 12 высших жирных кислот и нейтральных соединений в исследуемых биологических образцах – элементах сыпи (пустул, папул) и соскобах с кожи.

Определяли ВЖК в диапазоне от C14:0 до C22:6, в том числе: меристиновая (C14:0), меристинолеиновая (C14:1), пентодекановая (C15:0), пентодекаеновая (C15:1), пальмитиновая (C16:0), пальмитолеиновая (C16:1), гептодекановая (C17:0), гептодекаеновая (C17:1), стеариновая (C18:0), олеиновая (C18:1), линолевая (C18:2), линоленовая

(C18:3), нонодекановая (C19:0), арахидиновая (C20:0) и арахидоновая (C20:4).

В связи с тем, что время удерживания соединений в процессе эксплуатации хроматографической системы изменяется, при обработке данных использовали коэффициент отношения времени удерживания неидентифицируемого соединения к времени удерживания пальмитиновой кислоты по формуле: $K = T_{cX} / T_{c16:0}$ [3,4].

Подготовка, обработка материала и условия хроматографии были следующими. Биологический образец гидролизали 2N водным раствором КОН при температуре 1000С в течение 40 минут, затем в гидролизат добавляли 6N концентрированную соляную кислоту до кислой среды. ВЖК и нейтральные соединения экстрагировали гексаном, который затем упаривали. Свободные ВЖК переводили в метиловые эфиры 0,7N раствором серной кислоты в метаноле. Условия хроматографии: капиллярная колонка L=35 м, Ф=0,25 мм с неподвижной фазой «Реоплекс-400», газ-носитель – водород, режим – изотермический, температура термостата 1950С, температура испарителя и детектора 2300С [3,4].

Полученные данные обработаны статистически на персональном компьютере с использованием стандартных программ.

Результаты и их обсуждение

Полученные хроматографические данные показали взаимосвязь изменений состава ВЖК в зависимости от степени выраженности угревой болезни (см. табл.).

При анализе хроматографических показателей установлено, что у 2 больных с акне лёгкой степени в спектрах ВЖК, по сравнению с практически здоровыми людьми, не выявлены достоверные изменения по количественному и качественному содержанию ВЖК и не обнаружены посторонние соединения, несвойственные здоровой коже человека.

При 2-й степени угревой болезни наблюдали уменьшение арахидоновой кислоты (C20:4) с 7,1% до 6,4%; 5,6% и 1,7%, при

этом в последнем случае на хроматограмме было обнаружено соединение, несвойственное здоровой коже (0,6% – K2,17). Уменьшение содержания полиненасыщенной арахидоновой ВЖК можно объяснить нарушением антиоксидантной защиты, а появление несвойственных здоровой коже соединений, может быть обусловлено активацией деятельности патогенных и/или условно-патогенных микроорганизмов [5].

При 3-й степени угревой болезни в исследуемых пробах было обнаружено много воскоподобных соединений, которые мешали процессу хроматографии. При этой степени дерматоза качественный и количественный состав ВЖК очень разнился от состава исследуемых проб больных с 1-й и 2-й степенью акне и были обнаружены соединения, несвойственные здоровой коже человека в норме. В двух случаях выявлены значительные отклонения по содержанию миристиновой (C14:0) и пентадекаеновой кислот (C15:0) и два неидентифицируемых соединения, не свойственных нормальной коже (9,6% – C14:1 и 11,7% – C15:1). В двух случаях наблюдалось отсутствие арахидоновой кислоты (C20:4).

При 4-ой степени угревой болезни практически не обнаруживали ВЖК и в исследуемых образцах при хроматографии в большом количестве присутствовали воскоподобные соединения.

Воскоподобные соединения, как считают, могут быть как продуктами биохимических реакций в коже человека, так и являться продуктами жизнедеятельности микрофлоры данного топографического региона [6]. Разнообразие спектров ВЖК при акне предполагает наличие различных форм микроорганизмов, часть из которых, возможно, ещё не отражена в качестве фактора патогенеза углеводной сыпи.

Широкий диапазон качественных и количественных изменений в хроматографических спектрах при лёгкой, среднетяжёлой и тяжёлой формах угревой болезни предполагает дифференцированные подходы к ведению пациентов с данным заболеванием.

В частности, при 3-й и 4-й степени угревой болезни, требуются топические лекарственные ингредиенты с антисептическим и/или средства с комбинированным действием против дрожжеподобных грибов, анаэробной и аэробной микрофлоры (например- 1,3-диэтилбензимидазолия трийодида) и формы их назначения, которые могут проникать через воскоподобные образования в подлежащие слои кожи, обладающие комбинированным действием против дрожжеподобных грибов, анаэробной и аэробной микрофлоры.

Вариантом решения проблемы может быть использование соответствующих диетических рекомендаций для коррекции липидной составляющей гидро-липидной мантии кожи с учетом данных хроматографии. Диетические рекомендации, основанные на многочисленных исследованиях, постулируют широкое применение низкоуглеводных диет [7]. В последние десятилетия обсуждается целесообразность употребления молочных продуктов, хотя данные по этому вопросу не столь однозначные, тем не менее, рекомендуется от них воздерживаться для более быстрого и благоприятного клинического результата [9]. Роль омега-3 жирных кислот, антиоксидантов, витамина А, цинка и пищевых волокон остается не до конца исследованной, и назначать данные нутриенты целесообразно исходя из особенностей организма конкретного больного и его пищевых предпочтений с учетом данных хроматографии для коррекции липидной составляющей диеты [7-9].

Таким образом, проведенные исследования и их результаты показывают перспективность газожидкостной хроматографии в понимании патогенеза и оптимизации подходов к лечению акне. Требуются дальнейшее исследования, в частности, необходимо подключить хромато-масс-спектрометрический метод, который позволит идентифицировать соединения и даст возможность сравнивать полученные спектры хроматограмм больных с базой спектров микроорганизмов.

Таблица
Состав высших жирных кислот и нейтральных соединений биоплата практически здоровых людей и больных акне

Группы	NN	Жирные кислоты Cn:m**** в % содержании												Соединения, не свойственные организму человека, в %
		14:0	15:0	16:0	16:1	17:0	17:1	18:0	18:1	18:1	18:3	20:0	20:4	
Практически здоровые люди	1	0,5	0,4	7,3	1,9	0,1	0,1	2,5	32,4	31,4	11,0	5,1	7,1	-
	2	0,4	0,4	7,4	1,9	0,1	0,1	2,4	31,3	33,5	11,0	5,1	7,1	-
Акне 1 степени	3	0,5	0,4	7,2	1,8	0,2	0,2	2,5	32,4	31,4	11,0	5,1	7,1	-
	4	0,4	0,4	7,2	1,9	0,2	0,1	2,5	32,4	31,5	11,0	5,1	7,2	-
Акне 2 степени	5	*	*	4,7	1,0	0,2	*	2,1	40,5	28,8	11,2	5,0	6,4	-
	6	*	0,4	5,3	1,0	*	*	3,0	45,0	26,8	26,8	4,3	5,6	-
Акне 3 степени	7	0,6	0,3	5,5	4,8	0,1	0,5	2,5	41,2	28,0	11,7	2,5	1,7	0,6(К2,17)***
	8	5,8	2,5	25,3	31,5	1,24	-	3,4	27,6	4,8	-	-	-	**
Акне 4 степени	9	10,9	14,1	17,7	-	-	-	*	26,4	10,3	-	-	-	9,6 (C14:1); 11,7 (C15:1) **
	10	3,4	-	17,2	-	-	-	3,3	41,5	11,8	1,2	3,5	1,7	3,6 (C14:1); 5,0 (К 2,23)***; 6,9 (К 2,31)***; **
Акне 4 степени	11	*	-	*	*	-	-	-	*	-	-	-	-	**
	12	-	-	*	*	-	-	*	*	*	-	-	-	**

* - следы

** - много воскоподобных соединений

*** - не идентифицированные соединения

**** - высшая жирная кислота с количеством углеродных атомов - n и количеством двойных связей - m

Список литературы

1. Гурский, Г.Э. Изучение роли микроорганизмов, образующих воскоподобные вещества при очаговой склеродермии [Текст] / Г.Э. Гурский, В.П. Краснов, Е.В. Растеряев // *The Third European Conference on Biology and Medical Science*. – Austria. Vienna, 2014.- p. 74-76.
2. Краснов, В.П. Применение хроматографии при кожных заболеваниях [Текст] / В.П. Краснов, М.Б. Пархоменко, Н.В. Авроров // материалы XVI международного симпозиума «Нетрадиционное растениеводство, селекция, эниология, экология и здоровье». – Симферополь, 2007. – 695 с.
3. Краснов, В.П. Хроматография в изучении патогенеза и перспективные подходы в лечении заболеваний [Текст] / В.П. Краснов, Н.М. Добаева, Л.П. Смолянинова, И.Н. Бычков // *Современные тенденции развития науки и технологий*. – 2017. – №2 ч.4. – С.53-56.
4. Потеекаев, Н.Н. Акне и розацеа [Текст]: монография / Н.Н. Потеекаев. – М.: Бином, 2007. – 216 с.
5. Bipul, K. New insights into acne pathogenesis: Exploring the role of acne-associated microbial populations [Text] / K. Bipul et al. // *Dermatologica Sinica*. – 2016. – Vol. 34, Is. 2. – P. 67-73.
6. Dessinioti, Clio Propionibacterium acnes and antimicrobial resistance in acne [Text] / Clio Dessinioti et al. // *Clinics in Dermatology*. – 2017. – Vol. 35, Is. 2. – P. 163-167.
7. Whitney, P. Diet and acne [Text] / P. Whitney et al. // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2010. – Vol. 63, Is. 1. – P. 124-141.
8. Bronsnick, Tara Diet in dermatology: Part I. Atopic dermatitis, acne, and nonmelanoma skin cancer [Text] / Tara Bronsnick et al. // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2014. – Vol. 71, Is. 6. – P. 1039.e1-1039.e12.
9. Burris, Jennifer Acne: The Role of Medical Nutrition [Text] / Jennifer Burris MS et al. // *Therapy Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2013. – Vol. 113, Is. 3. – P. 416-430.

Krasnov V.P.¹, Bychkov I.N.¹, Voloshin R.N.¹, Krasnov P.V.¹, Protsenko T.V.², Mekhova G.A.²

GASLIQUID CHROMATOGRAPHY IN THE STUDY OF PATHOGENESIS AND DIETARY CORRECTION OF ACNE MANIFESTATIONS

¹ Federal state budgetary educational institution of higher education «Rostov state medical University» of the Ministry of health of the Russian Federation

² State educational organization of higher professional education «Donetsk National Medical University M. Gorky»

Summary

The aim – To study the composition of higher fatty acids of bioplate of acne patients by gas-liquid chromatography.

Materials and methods. The composition of higher fatty acids of rash elements (pustules, papules) and scrapes from the skin of 12 women aged 17 to 21 years of acne patients of varying severity by gas-liquid chromatography was studied.

Results. The obtained chromatographic data showed the relationship of changes in the composition of fatty acids depending on the severity of acne. Proposed in the treatment of acne to use products of 1,3-diethylbenzimidazolium of triiodide and corrective diet.

Conclusions. The study shows the prospects of using gas-liquid chromatography in understanding the pathogenesis of acne and optimization of treatment approaches.

Key words: acne, gasliquid chromatography, pathogenesis, higher fatty acids, diet.

УДК: 616.517:616.65-002-036.12:612.396.132

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

АНАЛИЗ ПОКАЗАТЕЛЕЙ СЕКС-СВЯЗЫВАЮЩЕГО ГЛОБУЛИНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

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

Резюме

Цель работы. Изучить изменения секс-связывающего глобулина у больных псориазом мужчин с хроническим простатитом (ХП).

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 138 мужчин, больных псориазом в возрасте от 18 до 77 лет, которые были разделены на 2 группы больных: 1-я группа – 102 (73,9%) больных псориазом с ХП, 2-я группа – 36 (26,1%) больных псориазом без ХП. Гормональное обследование проводили методом иммуноферментного анализа с использованием набором реагентов «Алькор-Био» (Россия).

Результаты. Установлено, что у больных псориазом мужчин с ХП была повышена концентрация ССГ, по сравнению с больными псориазом мужчинами без ХП и контрольной группой.

Выводы. Показано, что псориаз, как и ХП влияет на гормональный фон у мужчин, а их коморбидная патология оказывает более выражение влияние, что в свою очередь сказывается на их репродуктивной функции.

Ключевые слова: Псориаз, хронический простатит, секс-связывающий глобулин.

Псориаз является одним из самых распространенных, повсеместно встречающимся дерматозом в мире, часто сочетается с разнообразной соматической патологией, оказывает влияние как на качество жизни больных, так и на их фертильную функцию и репродуктивное здоровье [2,3].

Считают, что коморбидные заболевания у больных псориазом обусловлены особенностями цитокинового каскада и иммунозависимого воспаления в коже, слизистых и соединительной ткани других органов [10,12]. Особое место в структуре подобной патологии занимает псориатический артрит, который регистрируется с частотой от 6 до 40% у больных псориазом и обуславливает клиническую тяжесть течения дерматоза [2,3,10,12].

Доказана коморбидность псориаза и метаболического синдрома (МС), включающего ожирение различной степени, гиперхолестеринемию и дислипидемию [10].

Ранее было показано, что функциональные нарушения эндокринной системы играют немаловажную роль при многих дерматозах, однако данные о роли гормонов в патогенезе псориаза разрозненны и противоречивы. Описана связь обострений псориаза у женщин с нарушениями менструального цикла, климактерическим синдромом [10] и лишь единичные работы посвящены влиянию ХП и обусловленных им гормональных нарушений на особенности клиники и течения псориаза у мужчин [6,10].

Хронический простатит (ХП) является частым воспалительным заболеванием репродуктивной системы и третьим по частоте встречаемости в урологической патологии у мужчин старших возрастных групп [4,5,8]. Известна роль гормональных нарушений в патогенезе ХП [11,13,15] и развивающееся при этом снижение андрогенной насыщенности организма может влиять на особенности течения псориаза [10,12].

Окончательная биологическая значимость ССГ до настоящего времени полностью не раскрыта, он продуцируется в печени только приматов. Показатели его концентрации не подчиняется суточному ритму, тогда как для тестостерона такая зависимость характерна. Поскольку уровень циркулирующего ССГ влияет, по типу обратной связи, на содержание общего и свободного тестостерона и их соотношение, необходимо помнить о наиболее значимых факторах, изменяющих содержание ССГ и учитывать их в патогенезе хронических заболеваний, в том числе псориаза и ХП [6,7,10].

Эндогенные и экзогенные эстрогены повышают его концентрацию, а андрогены, наоборот, снижают. Гормоны щитовидной железы увеличивают его продукцию, а при их недостатке концентрация циркулирующего ССГ снижается. Его содержание в крови детей выше, чем у взрослых. У мужчин старше 50 лет концентрация ССГ нарастает, и тем самым снижается доля свободного биологически активного тестостерона, усугубляя этим формирование возрастного гипогонадизма [6,7].

Доказано, что гипогонадизм, развивающийся у лиц с МС, является пусковым механизмом в развитии сахарного диабета 2-го типа [10,12] и способствует повышению уровня ССГ [6], а коморбидная патология псориаза, ХП и МС усугубляют нарушения репродуктивного здоровья мужчин больных псориазом.

Цель работы – изучить изменения показателей концентрации ССГ у больных псориазом мужчин с ХП.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 138 мужчин, больных псориазом в возрасте от 18 до 77 лет, пролеченных в РКДВД г. Донецка с 2015 по 2018 гг.

Критерии включения в исследование: пол пациента – мужчины; наличие псориаза; возраст – от 18 до 77 лет; информированное согласие пациента на участие в исследовании.

Критерии исключения из исследования: возраст – до 18 и старше 77 лет; наличие злокачественных новообразований, системных инфекций, тяжелых соматических заболеваний; участие в других исследованиях в течение последних двух лет.

После чего были выделены 2 группы больных: 1-я группа – 102 (73,9%) больных псориазом с ХП, 2-я группа – 36 (26,1%) больных псориазом без ХП. Контрольной была группа из 33 условно здоровых мужчин, в анамнезе которых отсутствовали данные о псориазе и ХП.

У пациентов оценивали анамнез и клинику, проводили общеклиническое, клинико-лабораторное, функциональное и инструментальное обследование [7].

Выявленные изменения послужили обоснованием разработки комплексного метода лечения больных псориазом мужчин с ХП с применением озонотерапии. Все больные псориазом с ХП случайным образом были разделены на две группы сопоставимые по возрасту $41,2 \pm 1,8$ и $42,1 \pm 2,0$ лет ($p=0,63$), тяжести течения дерматоза (индекс PASI) $22,4 \pm 1,3$ и $23,4 \pm 1,8$ баллов ($p=0,72$) и выраженности симптомов ХП (индекс NIH-CPSI) $10,3 \pm 0,4$ и $9,9 \pm 0,4$ баллов ($p=0,77$). Основная группа составила 60 больных, пролеченных по разработанной методике и группа сравнения – 42 больных, пролеченных традиционно.

Озонотерапию проводили с помощью специальной медицинской озонотерапевтической установки «Vozon», Украина (сертификат UA № 2.003.22456491.4 – 2015), с использованием 2-х методик: внутривенной инфузии озонированного физиологическо-

Содержание половых гормонов и кортизола в группах сравнения
($M \pm m$; Me; Min – Max)

Гормон / концентрация	1-я группа	2-я группа	Контрольная группа
ССГ (нмоль/л)	80,0 \pm 3,8 Δ^* Me=79,5 (18,6 – 173,5)	42,7 \pm 4,1* Me=38,9 (15,5 – 79,8)	34,3 \pm 2,5 Δ Me=28,8 (14,1 – 60,4)

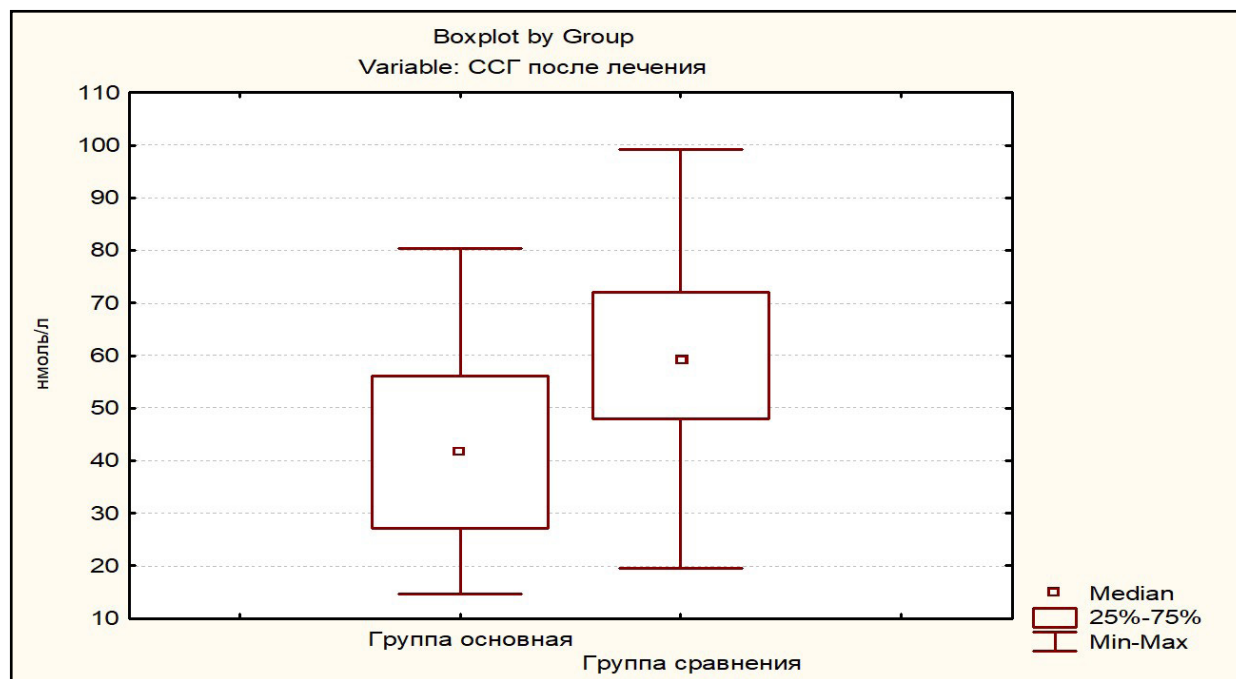


Рисунок 1. Показатели концентрации ССГ через 3 месяца после начала лечения.

го раствора (ОФР), ректальных инфузий (РИ) озонотоксических смесей (ОКС). Озонирование физиологического раствора проводили методом барботажа, до достижения концентрации озона 5 мг/л в 200 мл р-ра, после чего сразу приступали к внутривенному капельному введению при скорости от 60 до 140 кап/мин (3 – 7 мл/мин). Процедуры выполняли 3 раза в неделю, на курс 10 процедур.

РИ ОКС проводили после предварительно выполненных сифонных очистительных клизм по общепринятой методике. Стартовая концентрация ОКС – 5,0 мг/л с возрастанием концентрации от первой к последней инфузии до максимальной 15,0 мг/л, процедуры выполняли 3 раза в неделю, курс лечения – 10 процедур.

Гормональное обследование проводили методом иммуноферментного анализа с использованием набором реагентов «Алькор-Био» (Россия) для ССГ. Пробы крови отбирали утром натощак с антикоагулянтом (ЭДТА), центрифугировали при 1500 об/мин 15 минут, декантировали и использовали плазму [7].

Статистическая обработка собранного материала проводилась в несколько этапов. На первом этапе изучали соответствие собранного материала нормальному закону распределения с использованием теста Шапиро-Уилка [1,9]. Анализ показал, что ни один из изучаемых нами признаков не соответствовал нормальному закону распределения. В связи с этим дальнейшую статистическую обработку проводили с использованием непараметрических методов [9,13].

Для попарного сравнения средних значений в двух независимых группах данных использовали U-критерий Манна-Уитни. Для проверки значимости связи между двумя категоризированными переменными использовали χ^2 Пирсона. Нулевую гипотезу о равенстве значений признаков отвергали и различия между сравниваемыми показателями считали значимыми при $p < 0,05$ [1, 9, 14, 16].

Результаты и их обсуждения

Концентрация ССГ у больных псориазом составила $68,3 \pm 3,4$ нмоль/л. У больных 1-й группы данный показатель составил $80,0 \pm 3,8$ нмоль/л и был достоверно выше ($p < 0,001$), чем у больных 2-й группы – $42,7 \pm 4,1$ нмоль/л. Концентрация ССГ у больных 1-й группы была достоверно выше ($p < 0,001$), по сравнению с лицами контрольной группы – $34,3 \pm 2,5$ нмоль/л. Концентрация ССГ у больных 2-й группы была выше – $42,7 \pm 4,1$ нмоль/л, по сравнению со значениями в контрольной группе – $34,3 \pm 2,5$ нмоль/л ($p = 0,18$) (табл.). Показано, что концентрация ССГ после лечения составила $50,0 \pm 2,8$ нмоль/л, при этом в основной группе концентрация гормона достоверно снизилась ($p < 0,001$) с

$80,4 \pm 5,9$ нмоль/л до $42,9 \pm 3,2$ нмоль/л. При этом в группе сравнения концентрация ССГ была также достоверно ниже ($p < 0,001$), по сравнению с исходными ($79,3 \pm 4,0$ нмоль/л) и составила $60,8 \pm 4,1$ нмоль/л. У больных основной группы эти показатели были достоверно ниже ($p = 0,002$), показателей больных в группе сравнения – $42,9 \pm 3,2$ нмоль/л и $60,8 \pm 4,1$ нмоль/л соответственно (рис. 1).

Выводы

Показано, что при псориазе и ХП повышаются показатели концентрации секс-связывающего глобулина, а при их сочетании данное явление приобретает более выраженный характер.

Так концентрация ССГ у больных псориазом с ХП была $80,0 \pm 3,8$ нмоль/л, а у больных псориазом без ХП – $42,7 \pm 4,1$ нмоль/л ($p < 0,001$).

У больных основной группы после лечения по разработанной нами методике концентрация ССГ была достоверно ниже, чем в группе сравнения (больные, пролеченные традиционно) – $42,9 \pm 3,2$ нмоль/л и $60,8 \pm 4,1$ нмоль/л соответственно ($p = 0,002$).

Список литературы

1. Банержи, А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс [Текст] / А. Банержи; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. – Москва: Практическая медицина, 2007. – 287 с.
2. Баткаева, Н.В. Структура коморбидных заболеваний у больных тяжелыми формами псориаза: скрининг госпитальной когорты / Н.В. Баткаева, Т.В. Коротаева, Э.А. Баткаев // Вестник последипломного медицинского образования. – 2015. – № 4. – С. 11-16.
3. Болевич, С.Б. Псориаз: современный взгляд на этиопатогенез / С.Б. Болевич, А.А. Уразалина // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. – № 2 (42). – С. 202-206.
4. Діагностика хронічного простатиту: сучасні реалії та проблеми / І.І. Горпинченко [та ін.] // Здоров'я чоловіка. – 2014. – № 1 (48). – ISSN 2307-5090. – С. 105-110.
5. Дырдик, О.А. Клинико-морфологические сопоставления при хроническом простатите / О.А. Дырдик, А.А. Артифксова // Аллергология и иммунология: научно-практический журнал. – 2013. – Т 14, N 2. – С. 126-127.
6. Исследование уровней пролактина, кортизола, тестостерона и дегидроэпиандростерона в плазме крови больных псориазом / А.Г. Васильев, С.Р. Казиханова, О.В. Оловянишников [и др.] // Вестник российской военно-медицинской академи. – 2009. – №3. – С. 141 – 144.

7. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство: в 2 т. / под ред. В.В. Долгова, В.В. Миньшикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 1. – 928 с.
8. Кульчавеня, Е.В. Простатит. Диагностика и лечение [Текст] / Е.В. Кульчавеня, А.И. Неймарк. – М.: ГЭОТАР-МЕДиа, 2010. – 256 с.
9. Лакин, Г.Ф. Биометрия [Текст]: учебное пособие для биол. спец. вузов. – 4-е изд., перераб. и доп. – Москва: Высш. шк., 1990. – 352 с.
10. Перламутров, Ю.Н., Микрюков, А.В. Клинико-лабораторные характеристики псориаза, ассоциированного с гормонально-метаболическими нарушениями // Росс. Журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – №5. – С. 46 – 50.
11. Простатит. Диагностика и лечение: руководство. [Электронный ресурс] Кульчавеня, Е.В., Неймарк, А.И. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 256 с.: ил. – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>.
12. Псориаз: коморбидности и комедикации / [Н. Кочергин, Л. Смирнова, Н. Потеев, У. Биланова]. – Врач. – 2009. – №5. – С. 15 – 20.
13. Пушкарь, Д.Ю. Урология. Российские клинические рекомендации / Д.Ю. Пушкарь, Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192 с.
14. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии [Текст] / Е.В. Сидоренко. – Санкт-Петербург: ООО «Речь», 2007. – 350 с.
15. Уровень гормонов основного обмена при хроническом простатите / Р.А. Садретдинов, Л.П. Воронина, А.А. Полуниин [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. – №5. – С. 137.
16. Халафян, А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных [Текст]: учебник / А.А. Халафян. – 3-е издание. – Москва: Бином-Пресс, 2008. – 512 с.

Protsenko O.A., Provizion A.N., Koptishev I.V.

ANALYSIS OF INDICATORS OF SEX-BINDING GLOBULIN IN PATIENTS WITH PSORIASIS WITH CHRONIC PROSTATITIS

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

Summary

The aim is to study the changes in sex-binding globulin in patients with psoriasis in men with chronic prostatitis (CP).

Materials and methods. Under the supervision there were 138 men, patients with psoriasis aged from 18 to 77 years, who were divided into 2 groups of patients: Group 1 – 102 (73.9%) patients with psoriasis with CP, group 2 – 36 (26, 1%) patients with psoriasis without CP. Hormonal examination was performed by enzyme immunoassay using the Alkor-Bio reagent kit (Russia).

Results. It was established that in patients with psoriasis in men with CP, the concentration of SBG was increased compared with patients with psoriasis in men without CP and the control group.

Findings. It is shown that psoriasis, as well as CP, affects the hormones in men, and their comorbid pathology has a more pronounced effect, which in turn affects their reproductive function.

Keywords: *psoriasis, chronic prostatitis, sex-binding globulin.*

Грибов В.В., Белик И.Е.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПЕРВИЧНЫХ Т- И В-КЛЕТОЧНЫХ ЛИМФОМ КОЖИ

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

Резюме

Данная аналитическая статья содержит информацию о клинических, морфологических и иммуногистохимических особенностях наиболее часто встречающихся первичных лимфом кожи. Освещаются специфические дифференциально-диагностические признаки вышеуказанных заболеваний.

Ключевые слова: Первичные лимфомы кожи, дифференциальная диагностика, морфологические и иммуногистохимические исследования.

Первичные лимфомы кожи (ПЛК) – это неоднородный класс заболеваний, представленный кожными Т- и В-клеточными лимфомами, без других локализаций патологического процесса. ПЛК занимают 2-е место по распространенности в структуре неходжкинских лимфом экстранодального типа [1,5,8,12,13]. Заболеваемость ПЛК насчитывает от 0,3 до 1,18 случая на 100 тыс. человек по всему миру с тенденцией к увеличению [4]. 67% ПЛК – это Т-клеточные лимфомы, 25% – В-клеточные, оставшаяся часть приходится на опухоли, исходящие из натуральных киллеров [12]. ПЛК составляют до 2% среди всей дерматологической патологии [6,10].

ВОЗ-ЕОРТС-классификация кожных лимфом

I) Т- и НК-клеточные лимфомы кожи

1. Грибовидный микоз.
2. Подтипы грибовидного микоза.
3. Синдром Сезари.
4. Т-клеточная лейкемия / лимфома взрослых.
5. Первичные кожные CD30+ лимфо-пролиферативные заболевания.

6. Подкожная панникулитоподобная Т-клеточная лимфома.
7. Экстранодальная НК / Т-клеточная лимфома, назальный тип.
8. Первичная кожная периферическая Т-клеточная лимфома, неуточненная.

II) В-клеточные лимфомы кожи

1. Первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны.
2. Первичная кожная лимфома из клеток фолликулярного центра.
3. Первичная кожная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, тип нижних конечностей.
4. Первичная кожная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома, другая.
5. Внутрисосудистая крупноклеточная В-клеточная лимфома.

III) Гемодермии из клеток-предшественников

1. CD4+ / CD56+ гемодермия (бластная НК-клеточная лимфома).

Целью нашей работы стало выявление значимых критериев диагностики, различающих Т- и В-клеточные лимфомы кожи.

Комплекс диагностических мероприятий состоит из клинических, морфологических и иммуногистохимических исследований [2,5,7,9,12]. Возможности клинических методов выявления ПЛК не выше 50%, при дополнительном применении морфологических анализов в динамике точность повышается до 75%. Иммунофенотипирование опухолевых клеток увеличивает вероятность выявления ПЛК до 90% и является обязательным методом исследования [8,10].

Учитывая большое разнообразие различных форм Т- и В-клеточных лимфом рассмотрим наиболее значимые различия для дифференциальной диагностики самых распространенных видов данной патологии.

Первый шаг на пути к установлению диагноза – это анализ клинических особенностей проявлений заболевания (табл. 1).

Грибовидный микоз (ГМ) считается самой распространенной формой Т-клеточной ПЛК (50%), свыше 75% пациентов приходится на возраст старше 50 лет [7,8,9,13], однако чаще всего встречается у мужчин в возрасте 40-60 лет. Развивается болезнь медленно, в течение десятилетий [3,9,11,12], в структуре течения заболевания выделяют 3 стадии. Болезнь начинается с пятнистой фазы, характерной чертой которой является появления пятен разных форм и очертаний, располагающихся несимметрично на защищенных от солнечного света участках кожи. Пятна розовато-красного или коричневого цвета, возможно развитие пойкилодермии [5,7,13], высыпания часто сопровождаются зудом. В этой стадии возможен спонтанный регресс высыпаний. Далее наступает бляшечная фаза, во время которой на смену участков эритемы и на интактной коже выступают инфильтрированные бляшки различных размеров, розово-красной или цианотичной окраски, склонные к группировке. Бляшкообразование также может сопровождаться выраженным зудом. Высыпания зачастую находятся в различных стадиях своей эволюции – присутствует одновременное прогрессирование одних элемен-

тов и регресс других элементов сыпи ГМ. Следующая стадия ГМ – опухолевая, характерной чертой которой является развитие разнообразных элементов сыпи: пятен, узлов и бляшек, склонных к изъязвлению. Общее состояние больного характеризуется нарастающими симптомами интоксикации, беспокоит мучительный зуд. При клиническом анализе крови выявляют лейкоцитоз, моноцитоз, эозинофилию, ускорение СОЭ. В патологический процесс вовлекаются лимфоузлы и внутренние органы [3,5,9,10,12,13].

Синдром Сезари (СС) проявляется эритродермией, распространенным увеличением периферических лимфоузлов и присутствием циркулирующих опухолевых Т-лимфоцитов с церебреформными ядрами (клетки Сезари). Частота СС не превышает 5% ПЛК, в основном страдают мужчины 60-65 лет. Первыми клиническими признаками СС являются эритродермия, зуд и десквамация кожи, далее возможно вовлечение придатков кожи. Специфические клетки Сезари обнаруживаются в различных слоях кожи, лимфоузлах и крови (свыше 1000 кл/мм³) [3,5,12,13].

К первичным кожным CD30+ лимфолиферативным заболеваниям (ЛПЗ) относят лимфоматоидный папулез (ЛиП) и первичную анапластическую CD30+ крупноклеточную лимфому кожи (АКЛК). По распространенности в структуре ПЛК ЛиП и АКЛК находятся на 2-ом месте (около 25%) [3,5,12,13].

Для ЛиП присуще длительное хроническое бессимптомное течение с периодами обострения заболевания, страдают в основном лица в возрасте 35-45 лет. Количество элементов сыпи варьирует, и они находятся на разных этапах развития, высыпания ЛиП располагаются в основном на туловище и плечах, характерными элементами являются папулы красного или цианотично-багрового цвета, исчезающие с течением времени либо преобразующиеся в язвы с последующим рубцеванием и вторичной гиперпигментацией [3,5,12,13].

К характерным признакам АКЛК относят развитие одиночных, склонных к изъязвлению узлов, располагающихся на коже конечностей, в участках дермы обнаруживаются больших размеров анапластические CD30 лимфоидные клетки, возраст больных 50-60 лет [3,5,12,13].

Первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны (ПЛМЗ) характеризуется множеством инфильтратов на туловище и конечностях. Существует возможная взаимосвязь между ее появлением и инфицированием *B. Burgdorferi* [3,13].

Первичная кожная лимфома из клеток фолликулярного центра (ПЛФЛ) протекает с появлением красных папул, возвышающихся над уровнем кожи, бляшек и узлов на эритематозном основании, преимущественная локализация элементов сыпи на волосистой части головы, на лбу и на туловище. Развивается новообразование генерализованно либо в виде очагов, медиана возраста – 51 год [3,13].

Первичная кожная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома нижних конечностей (ДКЛНК) – лимфома с быстрорастущими узлами красного цвета и бляшками. Чаще страдают женщины около 70 лет, данному заболеванию также присущи внекожные проявления [3,13].

После изучения клинических проявлений заболевания для уточнения диагноза обязательно проводится морфологический анализ биоптата патологического очага (табл. 2).

В пятнистой фазе ГМ гистопатологические изменения неспецифичны, преимущественно они похожи на хроническое воспаление, можно наблюдать эпидермотропные мелкие инфильтраты вокруг сосудов. Специфическая картина в стадии инфильтрации – пораженный участок инфильтрирован в виде полосы малыми и средними Т-лимфоцитами с гиперхромным и неровным ядром, которые находятся в субэпидермальном слое и частично инфильтрируют поверхностный слой кожи (эпидермотропизм) [2,3]. В этом периоде

присутствуют микроабсцессы Потрие (внутриэпидермальные плотные инфильтраты атипичных Т-лимфоцитов) [9,10,11]. Для опухолевой стадии характерно распространение инфильтрации и вовлечение более глубоких слоев дермы или даже субдермальных тканей. Эпидермотропизм возможен в любой стадии ГМ, часто обнаруживаются лимфоидные клетки, расположенные в ряд в ростковом слое эпидермиса, множество внутриэпидермальных лимфоцитов без явления спонгиоза, фиброз и / или отек в верхнем слое дермы [2,9,10,11,12,13].

Морфологическая картина СС похожа на ГМ, но более мономорфна, возможно отсутствие эпидермотропизма [2,11].

ЛиП гистологически делится на 4 типа: тип А представлен большими атипичными клетками, совмещенными с воспалительным «клиновидным» неэпидермальным инфильтратом, состоящим из гистиоцитов, малых лимфоцитов, гранулоцитов и эозинофилов; типу В присущ эпидермотропизм и присутствие в инфильтрате малых и средних атипичных клеток, схожих с опухолевыми лимфоцитами при ГМ; тип С проявляется объединяющимися массивными зонами с атипичными лимфоидными клетками; тип D представлен эпидермотропным инфильтратом из атипичных малых и средних лимфоцитов [2,3,5,6,7,10,11,12].

АКЛК гистологически представлена крупными полиморфными анапластическими либо иммунобластными клетками. Обнаруживается присутствие малых лимфоцитов и эозинофилов [2,3,5,10,11].

ПЛМЗ представлена локальным либо распространенным дермальным инфильтратом из малых лимфоцитов, лимфоплазматических и плазматических клеток, центробластов и иммунобластов, гистиоцитов и эозинофилов; эпидермис не поражен [2,3,10,13].

ПЛФЛ представлена локальным, распространенным либо смешанным очагом инфильтрации и центроцитами и центробластами в дерме [2,3,10,13].

Клинические дифференциально-диагностические признаки

Признаки	Т-клеточные лимфомы кожи				В-клеточные лимфомы кожи		
	ГМ	СС	Первичные кожные CD30+ ЛПЗ		ПЛМЗ	ПЛФЛ	ДКЛНК
			ЛиП	АКЛК			
Возраст дебюта, лет.	55-60	60-65	35-45	50-60	Данных нет	51	70
Преобладание пола	Мужчины	Мужчины	Мужчины	Мужчины	-	-	Женщины
Наиболее частая локализация высыпаний	Участки кожи защищенные от солнечных лучей	Генерализованно	Туловище и проксимальные отделы конечностей	Верхние и нижние конечности	Туловище, конечности	Волосистая часть головы, лоб, туловище	Нижние конечности
Количество элементов	Множественные	Генерализованно	Множественные	Солитарные	Множественные	Локально или диффузно	Множественные
Зуд	+	+	-	-	-	-	-
Самопроизвольная регрессия элементов	+	-	+	-	-	-	-
Склонность к изъязвлению элементов	В последней стадии	-	+	+	-	-	-
Поражение периферических лимфоузлов	В последней стадии	+	-	-	-	-	-
Изменение периферической крови	+	+	-	-	-	-	-
Нарушение общего состояния	+	+	-	-	-	-	-
Специфический признак	Пойкилодермия	Ладонно-подошвенный гиперкератоз, алопеция и ониходистрофия	-	-	Возможная взаимосвязь с инфекцией <i>V. burgdorferi</i>	-	-

Примечание:

ГМ – грибовидный микоз, СС – синдром Сезари, ЛПЗ – лимфопролиферативные заболевания, ЛиП – лимфоматозный папулез, АКЛК – первичная анапластическая CD30+ крупноклеточная лимфома кожи, ПЛМЗ – первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны, ПЛФЛ – первичная кожная лимфома из клеток фолликулярного центра, ДКЛНК – первичная кожная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома нижних конечностей, «+» – присутствие признака, «-» – отсутствие признака.

Гистологические дифференциально-диагностические признаки

Признаки	Т-клеточные лимфомы кожи				В-клеточные лимфомы кожи		
	ГМ	СС	Первичные кожные CD30+ ЛПЗ		ПЛМЗ	ПЛФЛ	ДКЛНК
			ЛиП	АКЛК			
Основной вид клеток	Атипичные малые и средние Т-лимфоциты	Атипичные малые и средние Т-лимфоциты	Атипичные лимфоциты, клетки воспаления	Крупные плеоморфные, анапластические или клетки с иммунобластной морфологией	Малые лимфоциты клеток маргинальной зоны, лимфоплазматические и плазматические клетки	Центроциты	Центробласты, иммунобласты, центроциты
Основная локализация процесса	Дерма, в поздних стадиях, возможно, субдермальные ткани	Дерма	Дерма	Дерма	Дерма	Дерма	Дерма
Эпидермотропизм	+	+/-	+/-	-	-	-	-
Микроабсцессы Потрие	+	-	-	-	-	-	-
Распространённость процесса	Диффузно	Диффузно	Диффузно	Очагово/ Диффузно	Очагово/ Диффузно	Очагово/ Диффузно	Диффузно
Специфический признак	В последней стадии распространение вплоть до субдермальных тканей	-	4 типа сочетания признаков	Возможно скопления малых реактивных лимфоцитов и эозинофилов	Примесь центробластов, иммунобластов, гистиоцитов и эозинофилов	Добавление центробластов	Облитерация придатков, вовлечение подкожной клетчатки

Примечание:

ГМ – грибовидный микоз, СС – синдром Сезари, ЛПЗ – лимфопрролиферативные заболевания, ЛиП – лимфоматоидный папулез, АКЛК – первичная анапластическая CD30+ крупноклеточная лимфома кожи, ПЛМЗ – первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны, ПЛФЛ – первичная кожная лимфома из клеток фолликулярного центра, ДКЛНК – первичная кожная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома нижних конечностей, «+» - присутствие признака, «-» - отсутствие признака.

Иммуногистохимические дифференциально-диагностические признаки

Признаки	Т-клеточные лимфомы кожи				В-клеточные лимфомы кожи		
	ГМ	СС	Первичные кожные CD30+ ЛПЗ		ПЛМЗ	ПЛФЛ	ДКЛНК
			ЛиП	АКЛК			
Фенотип	Зрелые Т-хелперы βF1+ CD3+ CD4+ CD5+ CD7+ CD8- CD45RO+	CD3+, D4+, CD8-	CD30+, CD4, CD8+, CD56+, CD45RO	CD30+, CD4/CD8	CD19+, CD20+, CD22+, CD79a+, bcl-2+	CD20+, CD79a+, bcl-6+, CD10+, CD5-, CD43-, Mum-1 / IRF4	CD20+, CD79a+, bcl-2+, CD10-, bcl-6+/-, IRF4/ MUM1+ и FOX-P1+
Потеря экспрессии	-	CD7 (≥ 40% CD4+, CD7), CD26 (≥ 30% CD4+, CD26- клеток)	Вариабель- но CD2, CD3, CD5	Вариабель- но CD2, CD3, CD5	CD5-, CD10-, bcl-6-	-	-
Специфиче- ский признак	В поздних стадиях исчезновение пан-Т-антигенов, клетки экспрессируют CD30+, аберрантный CD4+/CD8+ или CD4-/CD8- фенотип, цитотоксические протеины TIA-1, гранзим В и перфорин	Циркулирующие клетки Сезари	-	Экспрессируют CLA, отсутствует ЕМА и ALK	-	-	-

Примечание:

ГМ – грибовидный микоз, СС – синдром Сезари, ЛПЗ – лимфопролиферативные заболевания, ЛиП – лимфоматозидный папулез, АКЛК – первичная анапластическая CD30+ крупноклеточная лимфома кожи, ПЛМЗ – первичная кожная В-клеточная лимфома маргинальной зоны, ПЛФЛ – первичная кожная лимфома из клеток фолликулярного центра, ДКЛНК – первичная кожная диффузная крупноклеточная В-клеточная лимфома нижних конечностей, CLA – кожный лимфоцитарный антиген, ЕМА – эпителиальный мембранный антиген, ALK – анапластическая лимфомная киназа, «+» - присутствие признака, «-» - отсутствие признака.

ДКЛНК представляет собой дермальный мономорфный распространенный инфильтрат из центробластов, иммунобластов и centroцитов. Возможно вовлечение придатков кожи и подкожножировой клетчатки, эпидермис чаще не изменен [2,3,10,13].

Третий шаг на пути установления диагноза – это иммуногистохимическое фенотипирование опухолевых клеток (табл. 3).

Патологические клетки ГМ представлены фенотипами зрелых Т-лимфоцитов хелперов (табл. 3). В более поздних стадиях появляются Т-лимфоциты с измененным антигенным строением (табл. 3) [5,6,8,10,13].

При СС фенотип клеток Сезари неспецифичен (табл. 3). В анализе крови увеличено число CD3+ или CD4+ клеток (CD4/CD8 \geq 10) и число CD4+ с измененным фенотипом без экспрессии некоторых антигенов (табл. 3) [5,6,8,10,11,13].

ЛиП характеризуется клеточным инфильтратом, состоящим из патологических CD30+, CD4, иногда CD8+ или CD56+ антигенами. Т-клеточно-ассоциированные антигены (CD45RO) экспрессируются с вероятной утратой пан-Т-клеточных антигенов (табл. 3) [5,6,8,10,11,13].

При АКЛК свыше 75% клеток должно иметь на поверхности CD30+, наличие CD4

или CD8 с возможной утратой пан-Т-клеточных антигенов, несколько специфических критериев (табл. 3) [3,5,6,8,10,11,13].

Иммуногистохимические диагностические признаки ПЛМЗ, ПЛФЛ, ДКЛНК отображены в таблице 3 [3,6,11,13].

После проведения анализа вышеуказанных данных определены дифференциально-диагностические критерии ПЛК, которые представлены в таблицах 1, 2, 3.

Учитывая результаты анализа литературных данных можно сделать вывод о том, что однозначных дифференциально-диагностических критериев, которые могли бы четко разграничить Т- и В-клеточные лимфомы кожи, не существует. Клиническая картина болезни разнообразна и позволяет лишь предположить диагноз лимфоопролиферативного заболевания, хотя довольно часто начальные проявления ПЛК имитируют картину хронических дерматозов, что является причиной немалой доли ошибок в диагностике данных лимфом. Для постановки диагноза и определения конкретной формы заболевания используются гистологические и иммуногистохимические исследования, вносящие ясность в морфологию опухолевого процесса первичных Т- и В-клеточных лимфом кожи.

Список литературы

1. Анпилогова, Е.М. Т-клеточные лимфомы кожи: этиопатогенез, классификация, клиника [Текст] / Е.М. Анпилогова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. – № 3. – С. 42-47.
2. Белоусова, И.Э. Клинико-морфологическая дифференциальная диагностика первичных лимфом кожи, псевдолимфом кожи и парансориазов [Текст]: автореф. дис... д-ра. мед. наук / И.Э. Белоусова. – СПб: ПСПбГМУ, 2009. – 42 с.
3. Дерматоонкология (злокачественные новообразования кожи, первичные лимфомы кожи) [Текст]: атлас / под общ. ред. проф. Н.В. Кунгурова. – Екатеринбург: Издательско-полиграфическое предприятие «Макс-Инфо», 2016. – Часть 2. – С. 122-155.
4. Злокачественные новообразования кожи: заболеваемость, ошибки диагностики, организация раннего выявления, профилактика [Текст]: монография / Н.В. Кунгуров [и др.]. – Курган: Изд-во «Зауралье», 2010. – Глава 8. – С. 176-220.
5. Клинические рекомендации [Текст]: Федеральные клинические рекомендации по ведению больных лимфомами кожи / ред. совет: Белоусова И.Э. [и др.]. – Москва, 2015. – 37 с.: табл.

6. Клинические рекомендации [Текст]: Клинические рекомендации по диагностике и лечению первичных кожных лимфом / ред. совет : В.Г. Савченко [и др.] – Москва, 2014. – 43 с.: табл.
7. Клинические рекомендации [Текст]: Минимальные клинические рекомендации европейского общества медицинской онкологии (ESMO) / R. Willemze, M. Dreyling. – Москва, 2010 – Клинические рекомендации ESMO по диагностике, лечению и наблюдению при первичных лимфомах кожи – С. 270-275.
8. Молочков, В.А., [и др.]. Роль молекулярно-генетических методов определения Т- и В-клеточной клональности в диагностике злокачественных лимфом кожи [Текст] / В.А. Молочков [и др.] // *VestnDermatolVenerol.* – 2011. – №3. – С. 52-57.
9. Проценко, Т.В. Индивидуальное прогнозирование и дифференцированный подход к лечению при злокачественных лимфомах кожи на основании изучения неспецифической резистентности организма [Текст] :дис. ... докт. мед. наук / Т.В. Проценко : Донецкий гос.мед. инст. им. М. Горького. – М., 1991.-363 с.
10. Сафронова, Г.Д. [и др.]. Оптимизация диагностики и перспективы патогенетических исследований первичных лимфом кожи (обзор литературы) [Текст] / Г.Д. Сафронова [и др.] // *International journal of applied and fundamental research.* – 2014 – №12. – С. 264-268.
11. Тарасенко, Ю.Г. Клиническая и морфофункциональная диагностика лимфом кожи [Текст]: автореф.дис... канд. мед. наук / Ю.Г. Тарасенко. – Москва: ГВКГ им. Н.Н. Бурденко, 2008. – 23 с.
12. *Clinical Practice Guidelines [Текст]: Primary cutaneous lymphomas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up* / R. Willemze [et al.] – Lugano, Switzerland, 2018. – 11 p.
13. Małgorzata Sokołowska-Wojdyło [et al.]. *Primary cutaneous lymphomas: diagnosis and treatment* [Текст] / S.-W. Malgorzata // *PostepDermAlergol.* – 2015. – XXXII (5). – P.368-383.

Gribov V.V., Belik I.Y.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF PRIMARY CUTANEOUS T- AND B- CELLS LYMPHOMAS

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

Summary

Present analytical article contains information about the clinical, morphological and immunohistochemical features of the most common primary cutaneous lymphomas. The specific differential diagnostic signs of the above diseases are described.

Key words: *primary cutaneous lymphomas, differential diagnostics, morphological and immunohistochemical researches.*

Проценко О. А., Проценко Т. В.

СЛУЧАЙ ТУБЕРОЗНОГО СКЛЕРОЗА

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

Резюме

Приведен клинический случай факоматоза – туберозного склероза у мальчика 19 лет. Обсуждается необходимость полного клинического обследования таких больных с учетом возможной патологии внутренних органов.

Ключевые слова: факоматоз, туберозный склероз.

Туберозный склероз, или болезнь Прингля-Бурневиля, выделенный еще в XIX веке французскими врачами – неврологом D. Bourneville, описавшем в 1880 г. туберозный склероз головного мозга и дерматологом J. Pringle, описавшем в 1890 г. симметричную аденому сальных желез, до настоящего времени может представлять трудности в диагностике и выборе тактики ведения больных [4]. Туберозный склероз относят к факоматозам, или комплексным порокам развития, которые наследуются аутосомно-доминантно. Так как способность к воспроизводству потомства у больных снижена, то передача более, чем в двух поколениях редка [3].

Изменения кожи обычно проявляются в детстве или в пубертате, что приводит иногда к ошибочной диагностике угревой сыпи. В отличие от последней узелки овальной или округлой формы, иногда уплощенные, коричневато-красного цвета с гладкой поверхностью, на которой могут быть телеангиэктазии [1, 2, 5]. Часто встречаются под- или околоногтевые фибромы, гипертрофические изменения десен. Следствием очагов глиоза головного мозга и атрофии коры являются эпилепсия и умственная отсталость. В полную клиническую картину входят внутричерепральные обызвествления, опухоли сетчатки, гамартомы и киста

почек, рабдомиомы сердца, гамартромы печени, щитовидной железы, яичек, кистозные изменения скелета, легочные изменения. Прогноз определяется изменениями в головном мозге и внутренних органах. При поражении легких смерть наступает от спонтанного пневмоторакса недостаточностью правого сердца [1-5].

Приводим наше клиническое наблюдение.

Больной К., 19 лет, направлен на консультацию в связи с неуспехом длительного лечения угревой сыпи.

Жалобы на высыпания на коже лица без субъективных ощущений. Со слов пациента, болеет с 11 лет, когда впервые отметил появление высыпаний на лице без видимой причины. Родители расценили высыпания как подростковую сыпь, самостоятельно применяли какие-то протирки без эффекта. Высыпания ни разу не проходили, постепенно увеличивалась площадь поражения лица, появлялись новые высыпания.

Впервые обратился к косметологу в 16 лет из-за эстетического дефекта, в течение последующих 3-х лет неоднократно проводили чистки лица, процедуры химического пилинга. В связи с безуспешностью косметологических процедур и неудовлетворенностью пациента был направлен к дерматологу районной больницы. Высыпания были

расценены как угревая болезнь, назначен зинерит на 8 недель, аутогемотерапия, антибиотик доксицилин на 6 недель. При повторном визите из-за отсутствия положительной динамики кожного процесса направлен на консультацию на кафедру дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького.

Из анамнеза: подобные высыпания были у старшего брата матери, который умер в молодом возрасте. В 11 лет был установлен диагноз эпилепсии, в связи с чем находится под наблюдением невропатолога. На фоне получаемой терапии (финлепсин, карбомазепин и др.) состояние улучшилось и в течение последних 3 лет приступов не было.

При осмотре на коже лица симметрично в области щек, носогубных складок, подбородка, шеи определяются многочисленные мелкие (до 2-3 мм) и более крупные (до 5-7 мм) узелки ярко красного и коричневатого цвета, плотноватой консистенции, с гладкой поверхностью, некоторые из них – с телеангиэктазиями на поверхности. В носогубных складках часть очагов, сливаясь, образуют очаги инфильтрации ярко-красного цвета с телеангиэктазиями на поверхности. В зоне Т лица определяются также немногочисленные открытые и закрытые комедоны. Жирность кожи не выражена. Пористость кожи отсутствует.

При осмотре всего кожного покрова в области ягодиц и на задней поверхности бедра выявлены депигментированные пятна неправильных очертаний, размерами от 1х1 см до 5х2 см, ранее на этих местах травм или повреждений кожи не было. В области спины – 2 пятнистых очага цвета «кофе с молоком», вытянутой формы с четкими границами, размерами 3х5 см и 3х7 см.

На коже околоногтевых валиков 1, 2 и 3 пальцев правой стопы выявлены плотноватой консистенции опухолевидные образования цвета нормальной кожи или розовато-красного – околоногтевые фибромы, или опухоли Коенена.

Клинически заподозрен туберозный склероз. Выполнена диагностическая биопсия с последующим гистологическим исследованием. Назначено клиничко-лабораторное и инструментальное обследование с консультациями смежных специалистов.

При гистологическом исследовании: эпидермис без особенностей, выявлена гиперплазия сальных желез, пролиферация сосудов капиллярного типа с расширенными просветами, незначительная перигландулярная лимфо-моноцитарная инфильтрация. Коллагеновые волокна уплотнены, местами гомогенизированы. Заключение: гистологические изменения укладываются в клинический диагноз туберозного склероза.

В общем анализе крови, мочи – патологии не выявлено. Показатели билирубина, трансаминаз (АСТ, АЛТ), глюкозы, креатинина – в пределах референтных значений.

Ультразвуковое исследование (УЗИ) щитовидной железы, печени, поджелудочной железы патологии не выявило. УЗИ почек выявило кисту правой почки и увеличение левой почки.

При рентгенологическом исследовании легких патологии не обнаружено.

Данные ЭКГ: неполная блокада правой ножки пучка Гиса. Признаки синдрома ранней реполяризации желудочков с признаками систолической нагрузки на левый желудочек.

Окулист выявил полную колобацию радужки, частичную нисходящую атрофию зрительного нерва слева, расценив это как врожденную патологию органов зрения.

По консультации невропатолога для исключения органического поражения головного мозга (аденома гипофиза?) проведена магнито-резонансная томография головного мозга. Заключение: данных за интракраниальную объемную патологию нет, выявлены единичные очаги демиелинизации.

При консультации психоневролога выявлены отклонения в умственном развитии, снижение интеллекта, приступы тревожности и агрессии.

Диагноз туберозного склероза у больного был установлен на основании анализа анамнеза (дебют в раннем возрасте, медленно прогрессирующее течение без ремиссии сыпи, аналогичная сыпь у близкого родственника, эпилепсия в 11 лет), типичной клинической картины (ангиофибромы в области лица, опухоли Коенена, очаги де- и гиперпигментации) и результатов обследования (гистологического, неврологического, офтальмологического, кардиологического).

Особенностью данного клинического случая явилась поздняя диагностика туберозного склероза при типичных поражениях кожи и длительная нерациональная

наружная терапия. Комплексное обследование выявило патологию внутренних органов (офтальмологические и изменения в почках, сердечно-сосудистой системе, неврологическую патологию), требующую наблюдения у невропатолога, кардиолога, окулиста, терапевта.

Таким образом, больные с установленным диагнозом туберозного склероза подлежат обязательному комплексному клинико-лабораторному и инструментальному обследованию для исключения факоматов внутренних органов и, по показаниям, соответствующему длительному диспансерному наблюдению.

Список литературы

1. Важбин, Л.Б. Туберозный склероз [Текст] / Л.Б. Важбин, Н.И. Белова, Е.М. Лезвинская, П.В. Стрибук // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. – 2013. – № 1. – С. 6–9.
2. Вульф, К. *Дерматология по Т. Фицпатрику* [Текст] / К. Вульф, Р. Джонсон, Д. Сюрмон. – М.: Практика, 2007. – 968 с.
3. Дорофеева, М.Ю. Туберозный склероз у детей [Текст] / М.Ю. Дорофеева // *Российский вестник перинатологии и педиатрии*. – 2001. – № 4. – С. 33–41.
4. Каламкарян, А.А. *Клиническая дерматология: Редкие и атипичные дерматозы* [Текст] / А.А. Каламкарян, В.Н. Мордовцев, Л.Я. Трофимова. – Ереван: Айастан, 1989. – С. 5–6.
5. Мордовцев, В.Н. *Наследственные болезни и пороки развития* [Текст] / В.Н. Мордовцев, В.В. Мордовцева. – М.: Наука, 2004. – С. 40–44.

Protsenko O. A., Protsenko T. V.

CASE WITH A TUBEROUS SCLEROSIS

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

Summary

A case with a phacomatosis tuberous sclerosis in the 19 years boys is described. The importance of complete examinations of this patients for the probable visceral involvement are discussed.

Keywords: *phacomatosis, tuberous sclerosis.*

УДК 616 - 006.81 - 036 (477.61)

Радионов В.Г.^{2,3}, Торба А.В.^{1,3}, Пищикова О.В.¹, Радионов Д.В.^{2,3},
Дюльгер Л.Б.¹, Герасимова В.А.¹

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ ПО МЕЛАНОМЕ КОЖИ ЗА I-Е ДЕСЯТИЛЕТИЕ XXI ВЕКА В ЛУГАНСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ Луганский республиканский клинический онкологический диспансер
² Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер
³ Луганский государственный медицинский университет имени Святителя
Луки

Резюме

В 2010 году в Луганской области было зарегистрировано 1150 злокачественных новообразований кожи, среди них диагноз меланомы установлен у 124 больных, что составило 10,8% от общего числа обследованных, а рак кожи у 1026 пациентов (89,2%). Заболевших меланомой кожи мужчин в возрасте от 80 до 84 лет было в 5 раз больше, чем женщин, а в возрасте от 40 до 44 лет заболевших меланомой кожи женщин было почти в 3 раза больше, чем мужчин. Анализ заболеваемости меланомой кожи в 2001 и в 2010 годах показал, что темп её прироста в Луганской области составил 38,5%, что ниже, чем в Украине и Донецкой области (48,9% и 44,2% соответственно), но несколько выше, чем в России (31,1%). Отмечено превышение на 33,3% темпа прироста смертности от меланомы в Луганской области по сравнению с Украиной и Россией (20,0% и 31,6% соответственно), но ниже чем в Донецкой области (40,0%). При этом выявлено увеличение случаев ранней диагностики меланомы кожи в Луганской области.

Ключевые слова: меланома кожи, активное выявление, заболеваемость, летальность.

По данным ВОЗ, в 2000 г. во всем мире было диагностировано более 200 000 случаев заболевания меланомой и, из них 65 000 связанных с меланомой случаев смерти [4,5]. В России средний возраст больных меланомой с впервые жизни установленным диагнозом составил 59 лет, а наибольшая заболеваемость была отмечена в возрасте от 75 до 84 лет. Среди мужского населения РФ в 2000 году онкологическая патология кожи была на третьем месте и составила 8,6% от общего числа зарегистрированных злокачественных новообразований, уступив раку легкого и желудка, а среди женщин после рака молочной железы высокую долю (12,7%) в общей структуре (второе место) занимают ЗН кожи [1,2,3].

В программе SEER (The Surveillance, Epidemiology, and End Results) отмечается, что заболеваемость меланомой возросла на 600% за период с 1950 по 2000 гг. [5].

Цель исследования

Изучить динамику заболеваемости и смертности от меланомы в Луганской области с 2001 по 2010 гг. и выявить клинико-эпидемиологические особенности данной патологии в регионе.

Материалы и методы

Нами проведен анализ статистической отчетности по заболеваемости и смертности от меланомы за период с 2001 по 2010 гг. по Луганской области в сравнении с

Таблица 1

Уровень заболеваемости населения Луганской области и Украины меланомой кожи в 2010 году (на 100 тыс. населения области)

Возрастные группы	Меланома			
	мужчины		женщины	
	Луганская область	Украина	Луганская область	Украина
1-4 года				
5-9 лет				
10-14 лет				0,2
15-19 лет		0,4		0,4
20-24 года		0,7		1,1
25-29 лет	1,0	1,2	2,1	2,8
30-34 года	2,3	3,3	3,6	4,3
35-39 лет	1,3	3,2	3,8	5,9
40-44года	2,9	4,5	7,8	6,4
45-49 лет	8,1	5,9	8,0	8,2
50-54 года	6,9	8,3	5,7	8,7
55-59 лет	8,2	11,4	10,4	13,3
60-64 года	27,9	16,1	16,3	16,2
65-69 лет	8,6	14,0	4,8	13,3
70-74 года	14,4	22,1	8,6	15,2
75-79 лет	17,6	20,9	13,3	15,0
80-84 года	13,1	27,4	2,5	17,1
85 и старше	22,1	29,8	0	12,9

аналогичными показателями в Украине и России, а также анализ структуры заболеваемости населения Луганской области меланомой кожи за 2010 год. Результаты исследования обработаны статистически. Статистический анализ проведен на основании базы данных Луганского республиканского канцер-регистра.

В 2010 году было зарегистрировано всего 1150 случаев злокачественных новообразований (ЗН) кожи. При проведении сравнительного анализа структуры заболеваемости населения Луганской области

меланомой и раком кожи (базально- и плоскоклеточного раков), отмечено, что среди всех зарегистрированных более чем в 8 раз преобладали случаи рака кожи (1026 пациентов), что составило 89,2% в сравнении со случаями меланомы кожи, диагноз которой был установлен 124 больным, что составило 10,8% от общего числа зарегистрированных ЗН кожи. Проведенный сравнительный гендерный анализ показал, что до 25 летнего возраста в Луганской области в 2010 году не было зарегистрировано ни одного случая заболеваний меланомой кожи (табл. 1).

Таблица 2

Заболееваемость меланомой кожи в Луганской области и по регионам с 2001 по 2010 гг. (на 100 тыс. населения области)

год	Луганская обл.	Донецкая обл.	Украина	Россия
2001	3,9	4,3	4,5	4,5
2002	3,7	4,3	4,9	4,8
2003	4,2	4,4	4,9	4,8
2004	4,5	4,6	5,3	5,1
2005	3,7	5,2	5,4	5,1
2006	5,2	4,2	5,3	5,2
2007	4,8	4,8	5,7	5,4
2008	4,8	5,3	5,9	5,5
2009	4,6	5,5	6,2	5,6
2010	5,4	6,2	6,7	5,9
Соотношение заболеваемости 2001 и 2010 годов, в %	+ 38,5%	+ 44,2%	+ 48,9%	+ 31,1%
Средний и. п. заболеваемости за 10 лет	4,48	4,88	5,48	5,19

Анализ в возрастных группах от 35 до 44 лет свидетельствует о том, что у женщин меланома кожи встречается почти в 3 раза чаще, чем у мужчин, в тоже время заболеваемость в возрасте 45-49 лет практически была одинаковой как у мужчин, так и у женщин.

Наиболее высокая заболеваемость меланомой кожи в 2010 году в Луганской области зарегистрирована в возрасте от 60 до 64 лет, что составило в интенсивных показателях 27,9 у мужчин и 16,3 у женщин. При этом, в данной возрастной группе заболеваемость меланомой кожи у мужчин была в 1,7 раза выше, чем у женщин. Особое внимание обращает на себя группа пациентов в возрасте от 80 до 84 лет, где более чем в 5 раз мужчины чаще страдали данной патологией, чем женщины (13,1 и 2,5 соответственно), а в возрастной категории 84 года и старше меланома кожи у женщин вообще не зарегистрирована.

Проводя сравнительный анализ заболеваемости меланомой кожи в Луганской

области и Украине, как среди мужчин, так и среди женщин, отмечено, что в Украине первые случаи меланомы кожи были зарегистрированы у детей в возрасте 10-14 лет. В последующих возрастных группах показатели по Украине были выше и значительно выше среди мужчин и женщин, начиная с 65-летнего возраста в 2 и более раза. Исключением явилась группа мужчин в возрасте от 60 до 64 лет, где интенсивный показатель по Луганской области превалировал (27,9 и 16,1 соответственно) в 1,7 раза (табл.1).

Нами проведен анализ заболеваемости меланомой кожи за первые 10 лет очередного тысячелетия, начиная с 2001 по 2010 гг. в Луганской области. Параллельно проведен сравнительный анализ с данными Луганской, Донецкой областей, Украины и Российской Федерации, которые свидетельствуют о том, что за данное десятилетие ежегодная вариабельность интенсивных показателей в Луганской и Донецкой областях,

Сравнительная характеристика выявляемости меланомы кожи в зависимости от стадии заболевания в Луганской и Донецкой областях с 2001 по 2010 гг. (%)

годы / стадии	1-2 стадия		3 стадия		4 стадия		не указана	
	Луган- ская	Донец- кая	Луган- ская	Донец- кая	Луган- ская	Донец- кая	Луган- ская	Донец- кая
2001	51,6	64,7	19,4	20,1	4,3	9,2	24,7	6,0
2002	44,3	63,1	26,6	17,0	5,1	6,8	24,0	13,1
2003	48,9	70,2	21,1	12,9	5,6	6,7	24,4	10,1
2004	49,4	52,8	12,6	11,3	4,6	8,2	33,4	27,7
2005	63,2	62,6	14,5	15,3	5,3	1,6	17,0	16,8
2006	58,6	57,6	22,2	16,5	5,1	3,2	14,1	18,4
2007	64,6	53,4	16,2	16,9	3,0	6,9	16,4	20,6
2008	60,9	58,3	17,4	14,7	1,1	3,9	20,6	19,1
2009	59,3	58,8	9,9	11,4	6,2	4,7	24,6	20,4
2010	69,9	61,0	9,7	10,8	2,2	4,0	18,2	17,5
Средний и.п. забо- леваемо- сти за 10 лет	57,07	60,25	16,96	14,69	4,25	5,52	21,74	16,97

а также в Украине и России была незначительной. Сравнивая заболеваемость между 2001 и 2010 годами, необходимо отметить, что она в Луганской области повысилась на 38,5%, что ниже, чем в Украине (48,0%) и Донецкой области (44,2%), но выше, чем в России, где также отмечено ее повышение на 31,1% (табл. 2).

Анализ среднего интенсивного показателя заболеваемости меланомой кожи за 10 лет, свидетельствует о том, что наиболее низким (4,48) он был в Луганской области, несколько выше в Донецкой области (4,88).

Наиболее высокий (5,48) средний интенсивный показатель за 10 лет был в Украине, что на 18% превышает заболеваемость в Луганской области, а по России, при интенсивном показателе 5,19, заболеваемость была выше почти на 14% (табл.2).

Сравнительная характеристика выявляемости меланомы кожи в зависимости от

стадии заболевания в Луганской и Донецкой областях, свидетельствует о том, что за 10 лет средние интенсивные показатели по раннему выявлению были в обеих областях практически равными и составили 57,07 и 60,25 соответственно. Разброс показателей более позднего выявления (III и IV стадии) меланомы, также был незначительным и составил 21,21 в Луганской и 20,21 в Донецкой областях (табл.3).

Проводя сравнительный анализ между 2001 и 2010 годами, необходимо отметить увеличение случаев ранней диагностики меланомы кожи в Луганской области на 18,3%, что значительно превышает показатели по России (+ 4,5%), в Украине (+ 3,8%) и Донецкой области (- 3,7%). Несмотря на повышение процента активно выявляемых случаев меланомы за последние 10 лет, он все еще остается на недостаточном уровне.

Таблица 4

Сравнительный анализ стадий выявления меланомы кожи
в 2001 и 2010 годах по регионам (%)

стадии	Луганская	Донецкая	Украина	Россия
	2001 год			
1 – 2 стадия	51,6	64,7	67,7	63,6
3 стадия	19,4	20,1	21,0	22,5
4 стадия	4,3	9,2	7,0	9,5
не указана	24,7	6,0	4,3	4,4
	2010 год			
1 – 2 стадия	69,9	61,0	71,5	68,1
3 стадия	9,7	10,8	15,9	18,7
4 стадия	2,2	4,0	3,6	9,3
не указана	18,2	17,5	7,9	3,6
ранняя диагностика, в %	+ 18,3	- 3,7	+ 3,8	+ 4,5
поздняя диагности- ка: III и IV стадии, в %	- 11,2	- 14,5	- 8,5	- 4,0

Отмечено снижение случаев поздней диагностики (III и IV стадии) в Луганской области (- 11,2%), что выше показателей по Украине (- 8,5%) и России (- 4,0%), но ниже, чем в Донецкой области (- 14,5%), что отражено в табл.4.

И это при том, что за анализируемые два года (2001 и 2010) по сравниваемым регионам отмечается прирост смертности от меланомы, который составил в Луганской области (+ 33,3%), в Украине (+ 20,0%), России (+ 31,6%) и Донецкой области (+ 40,0%), о чем свидетельствует табл.5. Что же касается среднего интенсивного показателя смертности за 10 лет, то он в Луганской области и в России был практически равным и составил 2,13 и 2,12 соответственно, а в Донецкой области и по Украине был несколько выше и был равен 2,29 и 2,26 (табл.5).

Предположительно, причина такого несоответствия кроется в высоком удельном весе нестадированных случаев меланомы кожи, особенно в Луганской и

Донецкой областях, которые в 2010 году составили в Луганской области 18,2%, а в Донецкой области 17,5% (табл. № 4). К сожалению, нередко стадия меланомы не выставляется не из-за отсутствия послеоперационной патоморфологической диагностики, а при умышленном сокрытии случаев поздней диагностики.

Таким образом, для активного выявления больных МК, особенно на ранних стадиях, необходимо создание системы взаимодействия онкологической службы с врачами смежных специальностей и, в первую очередь, дерматологов, косметологов, терапевтов и других специалистов, с целью формирования онконастороженности и выявления визуальных форм рака, а также, повышения информированности населения врачами в программах профилактики меланомы кожи. Врачам-онкологам и патоморфологам следует обратить внимание на высокий удельный вес нестадированных случаев меланомы кожи.

Таблица 5

Смертность от меланомы кожи по регионам в сравнении с 2001 и 2010 годами
(на 100 тыс. населения)

год	Луганская обл.	Донецкая обл.	Украина	Россия
2001	1,8	2,0	2,0	1,9
2002	2,5	2,2	2,2	1,9
2003	1,7	2,0	2,0	2,0
2004	2,1	2,3	2,1	2,0
2005	2,2	1,8	2,4	2,1
2006	2,0	2,3	2,3	2,1
2007	2,0	2,2	2,3	2,2
2008	2,2	2,6	2,4	2,2
2009	2,4	2,7	2,5	2,3
2010	2,4	2,8	2,4	2,5
Соотношение заболеваемости 2001 и 2010 годов, в %	+ 33,3%	+ 40,0%	+ 20,0%	+ 31,6%
Средний и.п. смертности за 10 лет	2,13	2,29	2,26	2,12

Выводы

1. В 2010 году в Луганской области диагноз меланомы установлен у 10,8% от общего числа обследованных, а рак кожи у 89,2%.
2. Выявлены гендерные клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости меланомой кожи: мужчин с меланомой кожи в возрасте от 80 до 84 лет было в 5 раз больше, чем женщин, а в возрасте от 40 до 44 лет заболевших меланомой кожи женщин было в 3 раза больше, чем мужчин.
3. Сравнительный анализ заболеваемости меланомой кожи в 2001 и в 2010 годах показал, что темп её прироста в Луганской области составил 38,5%, что ниже, чем в Украине и Донецкой области (48,9% и 44,2% соответственно), но несколько выше, чем в России (31,1%).
4. Отмечено превышение на 33,3% темпа прироста смертности от меланомы в Луганской области по сравнению с Украиной и Россией (20,0% и 31,6% соответственно), но ниже чем в Донецкой области (40,0%).
5. Выявлен в 2010 году высокий удельный вес нестадированных случаев меланомы в Луганской и Донецкой областях (18,2% и 17,5% соответственно).

Список литературы

1. Аксель, Е.М., Давыдов М.И. Статистика заболеваемости и смертности от злокачественных новообразований в 2000 году [Текст] / Е.М. Аксель, М.И. Давыдов // Злокачественные новообразования в России и странах СНГ. - М. - 2002. - С. 85-106.
2. Алиев, М.Д. Диагностика и факторы прогноза меланомы кожи / [Текст] / М.Д. Алиев // Саркома костей, мягких тканей и опухоли кожи. - 2010. - №1. - С. 3-6.
3. Малишевская, Н.П., Соколова, А.В., Демидов, Л.В. Современное состояние заболеваемости меланомой кожи в Российской Федерации и федеральных округах // Н.П. Малишевская, А.В. Соколова, Л.В. Демидов / <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2018-10-161-165>.
4. Меланома. – (<https://ru.wikipedia.org/wiki/>)
5. Ультрафиолетовое излучение и здоровье детей / Информационный бюллетень ВОЗ № 305, декабрь. - 2009 г.

*Radionov V.G.^{2,3}, Torba A.V.^{1,3}, Pishchikova O.V.¹, Radionov D.V.^{2,3},
Dyulber L.B.¹, Gerasimova V.A.¹*

COMPARATIVE CLINICO-EPIDEMIOLOGICAL INDICES IN MELANOMA OF THE SKIN IN THE 1ST DECADE OF THE 21ST CENTURE IN LUGANSK REGION

¹ Lugansk Republik Clinical Onkologic Dispensary

² Lugansk Republik Dermatovenerologic Dispensary

³ Lugansk State Medical University St.Luke

Summary

In 2010 in Lugansk region 1150 cases of malignant tumors of the skin were registered. Among the total number of the patients examined there were 124 cases with the diagnosis of melanoma (10,8%) and 1026 cases with the diagnosis of carcinoma of the skin (89,2%). The number of the diseased males aged from 80 till 84 with melanoma of the skin was 5 times as large as females, and the number of the diseased females aged from 40 till 44 with melanoma of the skin was almost 3 times as large as males. The results of analysis of the diseased with melanoma of the skin in 2001 and in 2010 showed that the rate of the cases increased on 38,5%, that was lower than that in Ukraine and in Donetsk region (48,9% and 44,2% respectively), but somewhat higher than that in Russia (31,1%). It was also noted that the death-rate caused by melanoma in Lugansk region in comparison with that in Ukraine and Russia increased (20,0% and 31,6% respectively), but it decreased in Donetsk region (40,0%). Moreover, the number of cases of early diagnosis of melanoma of the skin in Lugansk region increased.

Key words: *melanoma of the skin, active revealing, morbidity, death-rate.*

Белая К.О.

АПТЕЧНОЕ ПРОИЗВОДСТВО

Производственные аптеки – необходимое звено лекарственного обеспечения. Во-первых, экстермпоральная продукция позволяет удовлетворить потребности здравоохранения в лекарственных формах, не имеющих промышленных аналогов; во-вторых, обеспечить индивидуальное дозирование лекарственных веществ; в-третьих, изготовить лекарственные формы без консервантов, красителей и отдушек.

Аптека №122 сети «Добрые лекарства» оказывает широкий спектр фармацевтических услуг, в том числе изготовление лекарственных форм. Расположена аптека на территории ДКТМО (г. Донецк) в здании нейрохирургического отделения (6-й корпус).

Для обеспечения возложенных функций аптека имеет помещения, которые соответствуют санитарным нормам. В аптеке работают квалифицированные специалисты, мастера своего дела.

Рецептурно-производственный отдел аптеки (далее, РПО) обеспечен необходимыми субстанциями и аптечной посудой для отпуска населению.

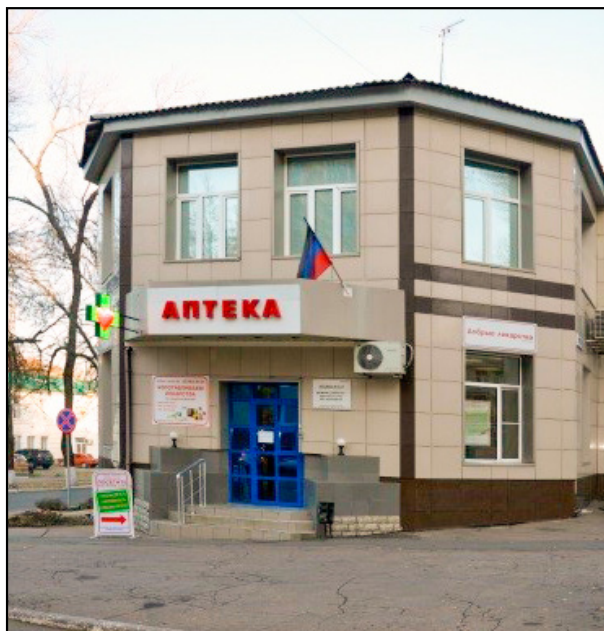
Разработкой РПО является изготовление «аптечной косметики».

Особенность «аптечной косметики» в том, что она изготавливается без консервантов и вредных химических примесей. Натуральная основа, обогащенная маслами, витаминами, растительными экстрактами привносит в аптечное производство новое направление. Главной задачей аптечной лечебной косметики является не маскировка имеющихся проблем, а их решение, причем максимально эффективное. Благодаря натуральному составу, аптечная лечебная косметика мягко воздействует на кожу, не нарушает кислотно-щелочной баланс кожи, сохраняет липидный барьер, выполняющий защитные функции. Именно поэтому при использовании такой косметики кожа надежно защищена от воздействия агрессивной окружающей среды.

Аптечная косметика абсолютно безопасна, поэтому может использоваться клиентом любого возраста.

Для детской, сухой и склонной к аллергическим реакциям кожи специалисты отдела разработали множество натуральных составов. И что немаловажно, эта продукция не вызывает привыкания.

В аптечной косметике присутствует ряд компонентов, имеющих лечебные свойства: мочевины, ланолин, витамин А, витамин Е, масла (жожоба, какао, кокоса), пчелиный воск и т.д. Этот список можно продолжать, ведь аптечная косметика содержит большое количество полезных ингредиентов. Отдел регулярно пополняется новыми субстанциями. Специалисты разрабатывают новые прописи.



Болтушка для проблемной кожи утренняя



Взбалтываемая смесь, «болтушка» для проблемной кожи, оказывает противовоспалительное, кератолитическое и антибактериальное действия. Уход за проблемной кожей обусловлен интенсивным антибактериальным действием левомецетина и антисептиков. Кроме них в состав входят: спирт этиловый, вода очищенная, кислота борная, кислота салициловая, сера, левомецетин, метронидазол. «Болтушка» не вызывает липкого ощущения и при правильном использовании не пересушивает кожу. Наносится на проблемные участки в утреннее время после предварительного очищения кожи лица.

Крем для лица питательный (ночной)



Крем на основе ланолина, обогащенный маслами жожоба, какао, персика, лимона и витаминами А и Е. Отлично смягчает, увлажняет, питает кожу лица.

Благодаря ланолину крем термически стабилен и вязок. Обладает высокими водопоглощающими способностями.

Ланолин считается веществом, внедрение которого в кожу происходит максимально легко, поэтому он способствует проникновению медикаментов и косметических средств.

Крем рекомендуется использовать перед сном. Не впитавшуюся часть крема при желании можно промокнуть салфеткой.

Крем детский питательный



Главной задачей при создании косметики для малышей является безопасность, поскольку она контактирует с кожей ребенка, отличающейся особой чувствительностью к любым вредным компонентам.

Качественный детский крем можно использовать не только детям, но и взрослым. Крем обеспечивает питание и увлажнение кожи, защищает нежный покров от влияния внешней среды.

В состав детского крема входит декспантенол, мочевины, витамины А и Е, масла персиковое и ванильное, глицерин, ланолин и вода очищенная.

Наряду с новыми прописями, РПО применяет в своей работе рецепты, проверенные многими годами использования:

Болтушка с цинком «Циндол»

Обладает уникальным составом, благодаря которому происходит очищение за-

грязненных пор, заживление мелких ран и царапин, купирование и даже полная ликвидация воспалительного процесса.

В состав болтушки входит глицерин, тальк медицинский, цинка оксид, крахмал, этанол и вода очищенная. Циндол оказывает подсушивающее, очищающее, противовоспалительное, антисептическое и вяжущее действие.

Высокая эффективность лечения кожных заболеваний достигается за счет образования в коже человека солей альбуминатов. Такие вещества сокращают активность развития патологии, т.е. поры постепенно очищаются, и восстанавливается нормальная работоспособность сальных желез.

Молочко «Видаля»

Средство эффективно справляется с угревыми высыпаниями или акне на всех этапах развития гнойников. Использование молочка способствует отшелушиванию старых клеток эпидермиса, помогает восстановить структуру кожи и снизить воспаление. Благодаря использованию средства пациенту удастся справиться с избыточной выработкой кожного сала, сузить расширенные поры на коже лица. Внешний вид кожи становится более свежим.

В состав данного препарата входит спирт этиловый, спирт камфорный, осажденная сера, кислота борная, кислота салициловая.

Паста «Унна»

В состав пасты Унна входит желатин, глицерин, цинка оксид и вода очищенная. Несмотря на кажущуюся простоту состава, это средство довольно эффективно. Кроме улучшения состояния кожи при различных дерматитах, экземах и крапивнице, паста Унна хорошо помогает при инфекционных заболеваниях кожи.

Паста Унна оказывает довольно широкий спектр действия: снимает зуд и раздражение, снимает отек, смягчает кожу, подсушивает воспаленные места. Ускоряет регенерацию клеток, уничтожает вирусы, грибки и бактерии.

Лекарственная форма создает защитную пленку на пораженной поверхности, защищает от влаги и бактерий, не позволяя заболеванию распространиться на здоровые участки кожи.

Относительная простота и доступность изготовления делает индивидуальную рецептуру, в том числе и косметических препаратов, актуальной в наше время.

Проценко Т.В., Боряк С.А.

ВОЗМОЖНОСТИ КОНТРОЛЯ ТЕЧЕНИЯ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

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

Резюме

Статья посвящена предупреждению формирования атопического воспаления в коже и последующего развития атопического «марша» у детей и взрослых. Обсуждаются мероприятия по первичной, вторичной и третичной профилактике атопического дерматита.

Ключевые слова: атопический дерматит, профилактика.

Распространенность аллергической патологии (до 15-25% детской популяции и до 20% – взрослой), тенденция к учащению тяжелых клинических форм аллергозов, прогрессивность течения атопического дерматита (АД) с риском развития «атопического марша» объясняют актуальность проблемы [2,5,9,11,12].

Первые проявления АД в грудном возрасте обычно не являются истинно аллергическими, а обусловлены генетически детерминированной неполноценностью барьерной функции кожи, повышенной ее проницаемостью для микробов и аллергенов, что в последующем приводит к развитию иммунозависимого воспаления в дерме [11,12].

Известно, что в коже при АД повышено количество «сторожевых» дендритических клеток (клеток Лангерганса), распознающих и презентующих аллерген Т-лимфоцитам-хелперам 2 типа (Th2), которые, в свою очередь, стимулируют В-клетки для синтеза IgE. Кроме того, аллерген, связываясь со специфическими рецепторами к IgE, расположенными на поверхности клеток Лангерганса, разносится по лимфатической системе в лимфоузлы. Сенсibilизированные Th2-клетки при повторных контактах с аллергенами

транспортируются из лимфоузлов в другие барьерные ткани (слизистые бронхо-легочной системы, желудочно-кишечного тракта), формируя риск развития «атопического марша» (аллергический ринит, атопическая бронхиальная астма, АД) [4,11,12].

Дебют АД часто связан с трофоаллергенами, нередко совпадая с введением прикорма или нарушением диеты матерью, даже не страдающей аллергией [9]. В последующем формируется поливалентная сенсibilизация, не только к пищевым, но и к бытовым и пыльцевым аллергенам [1,3,9].

Многочисленными исследованиями было показано, что, чем сильнее нарушена защитно-барьерная функция кожи, тем более высока вероятность активации условно-патогенной флоры кожи, наиболее значимым представителем которой является *St. aureus*. Пролиферация и активация последнего способствует разрушению межклеточных контактов кератиноцитов (десмосом), усугубляя нарушение защитно-барьерной функции кожи и усиливая трансэпидермальную потерю влаги [12]. Результатом этих изменений является сухость кожи, которая провоцирует зуд, расчесы и последующий каскад воспалительных реакций в дерме.

Повторяющиеся аллергические воспалительные реакции в коже и слизистых, формирующаяся поливалентная сенсibilизация способствуют рецидивирующему многолетнему течению АД, имеющего свои особенности в разные возрастные периоды [1-3,7,11,12].

Вариантом контроля за развитием АД могут быть этапные многоуровневые мероприятия:

Первый уровень – первичная (пренатальная и постнатальная) профилактика, направлена на предупреждение возникновения АД у детей группы высокого риска.

Первоначально она направлена на будущих мам с целью устранения возможных пре- и перинатальных факторов риска развития аллергической сенсibilизации. Доказано, что со 2-го триместра гестации иммунная система плода уже достаточно зрелая для формирования аллергической сенсibilизации, а наиболее вероятным ее источником является микробная флора кишечника [2,8]. Соблюдение гипоаллергенной диеты беременной и рациональный пищевой режим уменьшают риск развития последующей сенсibilизации-плода [4,7,9].

Постнатальная профилактика АД заключается в рациональном уходе за кожей и контроле питания как матери при грудном вскармливании, так и в последующем ребенка, начиная с введения прикорма. Соблюдение матерью гипоаллергенной диеты и рациональное питание в период лактации может существенно снизить вероятность развития АД даже при отягощенном анамнезе. У детей с повышенным риском развития атопии (при отягощенном аллергоанамнезе матери, отца, близких родственников) раннее отлучение от груди является фактором риска формирования сенсibilизации к пищевым аллергенам [1,4,5,9]. При невозможности грудного вскармливания целесообразны гипоаллергенные смеси на основе гидролизованых белков молочной сыворотки. Ранее была показана их высокая клиническая эффективность, нормализа-

ция микробиоценоза кишечника детей, снижение уровня специфического IgE к белкам коровьего молока [2,8-11,13].

Простым, доступным и действенным способом выявления пищевых провоцирующих факторов у детей с АД является ведение «пищевого» дневника и элиминационная диета, которая имеет не только диагностическое, но и лечебно-профилактическое значение. Эмпирическая элиминационная диета предполагает исключение из питания пациента подозреваемых по данным анамнеза пищевых аллергенов и/или высокоаллергенных продуктов, а также мясных бульонов, острых и сильно соленых блюд, специй, маринадов, консервов, напитков фабричного производства и др. Ведение «пищевого» дневника позволяет не только выявить потенциальные трофоаллергены, но и оценить полноценность и сбалансированность питания [1,2,12].

Причинное значение могут иметь и другие бытовые, пыльцевые аллергены (клещи, шерсть животных, пыльца растений и т.п.), использование детергентов при уборке помещений, репеллентов, ароматизаторов воздуха и др., состояние помещения, в котором находится пациент с АД (сухой кондиционированный воздух и др.) [1,2].

Не менее важное значение имеет правильный уход за кожей, адекватный ее состоянию и включающий 2 основные направления: очищение и увлажнение/смягчение [1,2,7].

Второй уровень - вторичная профилактика, проводится у больных с ранее установленным диагнозом АД для предупреждения рецидивов и пролонгации ремиссии. Ее цель – предупреждение повторных контактов с потенциальными триггерными факторами у лиц, уже имевших проявления АД и/или наследственную отягощенность; обучение основам ухода за кожей, рациональному питанию. Мероприятия по укреплению кожного барьера включают увлажнение/смягчение кожи, продолжающееся топическое лечение не в виде топических гормональных препаратов, а в виде проактивной

терапии топическими ингибиторами кальциневрина, которые не только предотвращают прогрессирование иммунозависимого воспаления в дерме, пролонгируют ремиссию, но и способствуют уменьшению необходимости использования системных и топических гормональных и антигистаминных препаратов [7].

Пациенты даже с минимальными проявлениями АД требуют своевременной диагностики и адекватного лечения заболевания с целью улучшения прогноза в отношении других возраст-ассоциированных аллергических заболеваний (аллергический ринит, бронхиальная астма).

Третий уровень – третичная профилактика, направлена на предупреждение развития «атопического марша» у ранее болевших АД и у лиц с атопическим анамнезом, развитию которого способствуют повторные контакты с идентифицированными аллергенами, частые ОРВИ, дисбиоз/дисбактериоз кишечника и др. Она предполагает выявление и элиминацию всех возможных триггеров (трофо-, аэро- и др. аллергенов, в т.ч. лекарственных средств) и включает систему профилактических мероприятий индивидуального и социального значения. Внимания заслуживают вопросы пассивного курения, увеличивающего риск сенсibilизации у детей, повышающего частоту и тяжесть проявлений респираторной аллергии, бронхитов и др. [4,6,8,10].

Частым фактором обострения АД являются ОРВИ, поэтому методом выбора по укреплению неспецифической резистентности и иммунологической реактивности организма являются курсы пре- и пробиотиков, узкополосная фототерапия UVB 311нм, неспецифические мероприятия, направленные на оздоровление (закаливание) и т.п. [3,7,8,10].

Третичная профилактика включает также превентивную проактивную терапию топическими ингибиторами кальциневрина, в сочетании или безузкополосной фототерапии UVB 311нм [1,3,7].

Реализации программ первичной, вторичной и третичной профилактики помогают «Школы атопического дерматита» для больных и их родителей, близкого окружения, которые призваны информировать о сущности аллергии, рисках ее развития и формировать осознанное отношение к вопросам профилактики атопической аллергии, мотивации к соблюдению рекомендаций врача.

В Донецком регионе на протяжении последних 15 лет кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО совместно с кафедрами педиатрии и офтальмологии проводятся междисциплинарные научно-практические конференции с привлечением ведущих специалистов различных медицинских направлений, имеющих большой опыт личной успешной медицинской практики в ведении больных с аллергическими заболеваниями. Наряду с представлением актуальной информации по определенной нозологии на стыке специальностей, проводятся разборы сложных клинических случаев, требующих взаимодействия специалистов различного клинического профиля.

Таким образом, контроль течения иммунозависимого воспаления при АД и достижение ремиссии дерматоза – достижимая цель при профессионализме врачей и преемственности в ведении пациентов, обучении пациентов и мотивации их к соблюдению принципов здорового образа жизни.

Список литературы

1. Атопический дерматит [Текст]: руководство для врачей / под ред. Т.В.Проценко. – Донецк: Східний видавничий дім, 2003. – 128 с.
2. Диагностика и лечение аллергического ринита и атопического дерматита у детей. [Текст]: образовательная программа для педиатров // Педиатрич. фармакол. Прил., 2007. – Т.4 (№4). – 64с.
3. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей и взрослых. Европейская академия аллергологии и клинической иммунологии, Американская академия аллергии, астмы и иммунологии [Текст]: / А.Г. Чучалин [и др.] // Аллергология. – 2006. - № 4. – С.3-11.
4. Иванова, Н.М. Современные представления о патогенезе «атопического марша» и возможной роли белков теплового шока [Текст] / Н.М. Иванова, Н.Н. Цыбиков, И.Н. Сормолова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. – 94 (2).- С. 27-32.
5. Іщейкін, К.Є. Штучне вигодування як провокуючий фактор атопічного дерматиту у дітей / К.Є. Іщейкін // Проблеми екології та медицини. – 2012. – Т. 16, № 5-6. – С. 3-7.
6. Клиническая аллергология [Текст]/ Под ред. Р.М. Хаитова. – М: МЕД-прессинформ, 2002. – 624с.
7. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. Российское общество дерматовенерологов и косметологов. М., 2017.- 42 с. - (<http://www.cnikvi.ru/docs>).
8. Куринная, Е.Г. Пробиотики, пребиотики и кишечная микрофлора: современный взгляд. Часть II [Текст] / Е.Г. Куринная // Сучасна гастроентерологія. – 2015. - № 1 (81). – С. 96-102.
9. Ласиця, О.Л. Алергологія дитячого віку [Текст]: Підр. / О.Л. Ласиця, Т.С. Ласиця, С.М. Недельска. – К: Книга плюс, 2004. – 367с.
10. Лимаренко, М.П. Ферментопатия как причины кожных проявлений атопии у детей [Текст] / М.П. Лимаренко // Здоровье ребенка. – 2015. - № 3. – С. 88-91.
11. Паттерсон, Р. Аллергические болезни (диагностика и лечение) [Текст]: / Р. Паттерсон, Л. Грэммер, П. Гринберг. – М: ГЭОТАР, 2000. – 734с.
12. Хегер, Петер Г. Детская дерматология [Текст] / Г. Петер, Херег; пер. с нем. под ред. А.А. Кубановой, А.Н. Львова. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 648 с.
13. Muraro, A. Dietary prevention of allergic diseases in infants and small children. Part II: Evaluation of methods in allergy prevention studies and sensitization markers. Definitions and diagnostic criteria for allergic diseases / A. Muraro, S. Dreborg, S. Haikén et al. // *Pediatr. AllergyImmunol.* – 2004. – Vol. 14. – P. 196-205.

Protsenko T.V., Boryak S.A.

POSSIBILITIES OF CONTROL OF THE FLOW ATOPIC DERMATITIS

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

Summary

The article is devoted to the prevention of the formation of atopic inflammation in the skin and the subsequent development of the atopic «march» in children and adults. Discusses measures for the primary, secondary and tertiary prevention of atopic dermatitis.

Keywords: atopic dermatitis, prevention.

Небесная Л.В.

СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ АУТОИММУННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Центр лабораторной медицины Био-лайн

Аутоиммунные заболевания (АИЗ) составляют около 10% всех заболеваний человека. Ведущим патогенетическим механизмом развития аутоиммунных заболеваний является иммунный ответ по отношению к компонентам нормальной человеческой ткани и органов. Этот патологический ответ собственно и называется аутоиммунным.

Хотя термин «аутоиммунное заболевание» используется в литературе уже несколько десятилетий, в связи с разнообразием иммунных ответов и нозологических форм, однозначного определения «аутоиммунной реакции» не существует. В связи с этой неоднозначностью в большинстве академических руководств по ревматологии, нефрологии, дерматологии и другим заболеваниям определяют многие заболевания не как «аутоиммунные», а как «иммуно-воспалительные» или просто «воспалительные». Иммунное воспаление действительно имеет место при многих аутоиммунных процессах, хотя при ряде классических нозологических форм, например, сахарном диабете 1 типа, признаки системного воспаления отсутствуют.

Описано более 100 аутоиммунных заболеваний, кроме того множество состояний имеют аутоиммунный патогенез. Традиционно АИЗ относят к редким нозологиям, однако, по разным оценкам они составляют 15-20% общетерапевтической патологии. За последние 20 лет зарегистрирован общемировой рост числа АИЗ, в том числе многократное увеличение распространенности системной красной волчан-

ки (СКВ) и системных ревматических заболеваний, сахарного диабета, рассеянного склероза и воспалительных заболеваний кишечника.

Еще более сложным является определение этиологической причины аутоиммунных процессов. Некоторые нозологические формы обусловлены четко определенным инфекционным агентом (например, ревмокардит). Однако в большинстве случаев роль инфекции далеко не так очевидна, а путь от возможного этиологического фактора до полного понимания патогенеза сталкивается с ограниченным пониманием всех функций иммунной системы.

В связи с этим для классификации аутоиммунных процессов используют медико-биологические критерии. К основным клинко-эпидемиологическим характеристикам аутоиммунных заболеваний (АИЗ) можно отнести следующие определения:

- процессы неизвестной этиологии с хроническим системным/локальным воспалением;
- возникают у лиц с особым набором генов иммунного ответа (генов системы HLA);
- АИЗ часто сочетаются между собой у одного пациента;
- обычно поддаются терапии иммуносупрессивными препаратами;
- в крови и биологических жидкостях обнаруживаются аутоантитела.

Этот набор критериев сложно использовать в клинической практике, так как для их понимания требуется большой объем

научных данных, которые, основаны, преимущественно, на животных и клеточных моделях.

Целый ряд особенностей отличают методы обнаружения аутоантител от оценки содержания других биологических молекул в биологических жидкостях, поэтому ряд аспектов диагностического использования аутоантител требует отдельного освещения.

Хотя аутоантитела в большинстве случаев являются надежными маркерами АИЗ, некоторые их разновидности сравнительно часто могут быть обнаружены у здоровых лиц. К аутоантителам, которые могут быть случайной находкой у клинически здоровых лиц относят антинуклеарный фактор (3%), ревматоидный фактор (3%), антитела к тиреопероксидазе (4%), антитела к миокарду (5%), антитела к скелетной мышце (3%).

Поэтому при диагностике аутоиммунных болезней большое значение имеет чувствительность и специфичность конкретного теста. Более чувствительные тесты целесообразно использовать при **скрининге** (т.е. ранней диагностике) заболеваний, более специфичные – **для подтверждения диагноза** (т.е. дифференциальной диагностике). Для практического врача полезным показателем, оценивающим значение лабораторного теста, является фактор риска, определяющий, во сколько раз увеличивается вероятность диагноза заболеваний при положительном результате теста. Фактор риска рассчитывается как **Чувствительность / (100%-Специфичность)**. Фактор риска определяет кратность увеличения вероятности данного заболевания по отношению к пре-тестовому уровню.

Возможность использования конкретной разновидности аутоантител в качестве диагностического показателя определяется их встречаемостью при аутоиммунном заболевании. Встречаемость тех аутоантител, которые используются для клинической диагностики, обычно составляет более 60-70% при патологии, менее 1% в норме и других заболеваниях. Хорошие клинико-лабораторные параметры многих разновидностей

аутоантител позволяют рассматривать их в качестве лабораторных маркеров этих заболеваний, т.е. высокоспецифичных лабораторных тестов, обладающих исключительной диагностической информативностью. Высокоспецифичными серологическими маркерами называют те разновидности аутоантител, которые встречаются исключительно при этом заболевании. Так, к высокоспецифичным серологическим маркерам относят анти-дсДНК и анти-Sm – при СКВ, антитела к Scl-70 антигену при склеродермии. Некоторые аутоантитела могут одновременно быть высокоспецифичными маркерами нескольких групп заболеваний. Например, антитела к цитоплазме нейтрофилов отмечаются как при гранулематозных васкулитах, так и воспалительных заболеваниях кишечника. Ряд аутоантител, характерных для аутоиммунных заболеваний, сравнительно часто отмечаются у нормальных лиц без признаков аутоиммунного заболевания, что значительно ограничивает их диагностическое использование. Так, клиническое использование антител к скелетным мышцам при миастении или антител к миокарду ограничено, так как они часто могут отмечаться в норме либо при неиммунных заболеваниях.

Клиническое значение обнаружения аутоантител отчасти зависит от титров содержания аутоантител в сыворотке обследуемого. Обычно высокое содержание антител указывает на высокую аффинность последних. Это, в свою очередь, характеризует специфичность и выраженность иммунного ответа. Обнаружение высоких титров антител обычно указывает на аутоиммунное заболевание, в то время как низкие титры часто отмечаются в норме и неспецифичны.

На практике для точного описания спектра аутоантител, присутствующих в биологической жидкости, используется несколько методов, каждый из которых имеет свои достоинства и недостатки. В результате интерпретация результатов исследования одного лабораторного показателя зависит от метода, с помощью которого он определен.

Задача обследования	Используемый метод
Скрининг аутоантител при ранней диагностике	Непрямая иммунофлюоресценция
Дифференциальная диагностика	Иммуноблот и мультиплексный анализ
Мониторинг эффективности терапии	Иммуноферментный анализ, иммунохимические методы

Несмотря на определенные трудности в интерпретации результатов иммунологического обследования, а также большой объем информации, который необходимо принимать во внимание при анализе результатов обследования, информативность иммунологических тестов очень высока. Особенности постановки диагностической задачи и планировании иммунологического обследования приведены в таблице.

Планирование серологического обследования зависит от клинической задачи, которую требуется решить клиницисту. В свою очередь, назначение конкретных тестов зависит от их клинико-лабораторных параметров.

Для скрининга используются тесты, отрицательный результат которых с большой вероятностью позволяет исключить заболевание, т.е. тесты с высокой чувствительностью. Обычно такими параметрами обладают методы, которые позволяют одновременно выявлять антитела к антигенам одного семейства. Так, назначение антинуклеарного фактора (АНФ) целесообразно на этапе скрининга ревматических заболеваний, так как обычно диффузные заболевания соединительной ткани сопровождаются выявлением антинуклеарных антител. Отрицательный результат выявления АНФ делает диагноз СКВ или системной склеродермии маловероятным.

Дифференциальная диагностика требует назначения тестов, обладающих большей специфичностью. Так, при обнаружении низких титров АНФ, выявление антител к дсДНК, указывает на диагноз

СКВ. В той же ситуации обнаружение высокого содержания ревмофактора (РФ) или антител к цитруллиновым антигенам, что обычно указывает на ревматоидный артрит, следует отнести к низкой, но значимой концентрации аутоантител. При решении задач дифференциальной диагностики комбинации тестов делают результат обследования более убедительным. Так, диагностика антифосфолипидного синдрома с помощью антифосфолипидных антител должна расширяться за счет параллельного обследования для диагностики СКВ.

Хотя литературных данных, указывающих на необходимость широкого скрининга аутоантител в клинике не много, существуют исследования, свидетельствующие, что расширение спектра назначений значительно увеличивает число диагностических находок при аутоиммунных заболеваниях. Среди аутоантител, которые позволили диагностировать аутоиммунное заболевание, лидируют антинуклеарные антитела, которые встречаются при многих аутоиммунных заболеваниях.

Комбинированное тестирование улучшает информативность обследования пациентов. Комбинированное тестирование, включающее параллельный скрининг разных аутоиммунных заболеваний, имеющих общие черты, крайне информативно при дифференциальной диагностике «системных» ревматических заболеваний. Такой подход позволяет рекомендовать наборы тестов и комплексные алгоритмы обследования, что, в итоге, приводит к росту числа диагностических находок.

Радионов В. Г., Провизион Л.Н.

ОБОСНОВАНИЕ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ АДАПТОГЕНОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

*Луганский государственный медицинский университет им. Св. Луки
Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер*

Резюме

В основе атопического дерматита лежит взаимодействие между генетическими, иммунологическими факторами, нарушениями в ЦНС и вегетативной нервной системе, очагами хронизации организма и другими неспецифическими факторами развития атопического дерматита. Исследования патогенеза и поиск рациональной терапии атопического дерматита с использованием адаптогенов как в общей, так и местной терапии является актуальной проблемой.

Ключевые слова: атопический дерматит, патогенез, адаптогены.

Актуальность

Приоритетными направлениями любого государства являются охрана здоровья детей и подростков, обеспечение их качественной и эффективной медицинской помощью. Однако, заболеваемость дерматозами среди детского населения стабильно остается на высоком уровне, а среди всех детей с заболеваниями кожи, наибольший удельный вес составляют пациенты с аллергодерматозами, среди которых удельный вес атопического дерматита (АтД) равен порядка 30%. Но, по данным российских дерматологов, уровень заболеваемости АтД составляет более 70%, что говорит о своеобразной потере заболеваемости и серьезной социальной проблеме. В РФ медицинская помощь больным АтД предоставляется согласно утвержденных стандартов в 2012г., в которых прописано о том, что основным врачом, ведущим эту категорию пациентов является дерматовенеролог, а стационарная помощь оказывается в дерматовенерологических диспансерах, о чем свидетельствует и протокол

оказания медицинской помощи больным атопическим дерматитом в Украине от 2009 года [1,2,14,23].

К сожалению, при первичном обращении родителей детей с АтД за медицинской помощью, лишь малая часть пациентов получают специализированную медицинскую помощь в дерматологических стационарах. Большинство же ограничиваются консультацией только врача-педиатра. При этом родители не получают достаточной информации о дерматологическом диагнозе ребёнка, что нередко обуславливают их бездействие в отношении дальнейшего обследования, лечения и диспансерного наблюдения детей у специалиста-дерматолога. Для повышения качества оказания специализированной медицинской помощи детям, больным АтД, необходима организация эффективной системы взаимодействия между первичным медицинским звеном, врачами дерматологами и смежными специалистами с целью повышения качества оказания медицинской помощи и воссоздания этапа диспансеризации [14,16,17, 22, 23].

АтД – одно из немногих воспалительных заболеваний кожи, при котором ведущие симптомы обусловлены сложным патогенезом и нарушениями в различных органах и системах организма и имеют клинические особенности в различные возрастные периоды «от младенца до зрелого возраста», что предполагает при оказании медицинской помощи больным участие специалистов различных профилей. Однако, этапы обследования у различных специалистов, как правило, неоднократно дублируются, затягиваются на длительное время, в течение которого больному не проводится адекватная комплексная терапия, и заболевание приобретает хроническое течение. Для повышения качества оказания специализированной медицинской помощи детям, больным АтД, необходима организация эффективной системы взаимодействия между первичным медицинским звеном, врачами дерматовенерологами и смежными специалистами с целью повышения качества оказания помощи и воссоздания этапа диспансеризации [11,12,18,23].

В настоящее время основные (специфические) звенья патогенеза АтД большинство исследователей связывают с генетически обусловленной дисфункцией иммунной системы. Результаты многочисленных исследований иммунологического аспекта патогенеза атопического дерматита свидетельствуют о наличии вторичного иммунодефицита с преобладанием дисбаланса в Т-клеточном звене иммунитета. Однако, в патогенезе АтД имеют значения и нарушения центральной и вегетативной нервной системы, дисфункция желудочно-кишечного тракта, пищевая аллергия, которая играет ключевую роль у половины детей, больных АтД, повторяющееся воздействие пищевых аллергенов ведет к хроническому воспалению, зуду, с формированием лихенизации кожи, очаги хронической инфекции, микроциркуляторные нарушения, неспецифические механизмы развития АтД, взаимосвязь выраженности вегетативных дисфункций с длительно-

стью и степенью тяжести обострений атопического дерматита, при этом, нарушение барьерной функции кожи способствует ее колонизации бактериальными и грибковыми патогенами, что приводит к утяжелению течения АтД у детей и др. Следовательно, нельзя сводить патогенез дерматоза только к нарушению иммунных механизмов. Они взаимосвязаны с неспецифическими факторами. Нарушение вегетативной иннервации может приводить к модификации иммунного ответа [5,6,15,17,19, 22].

Отражением влияния вегетативной нервной системы у больных АтД является более или менее симметричное расположение очагов поражения на коже. Усиление А-адренореактивности приводит к увеличению вазоконстрикции, что клинически проявляется определенными симптомами: бледность кожи лица; белый дермографизм; снижение температуры пальцев рук; усиление вазоконстрикции на действие холода и на введение адреналина; внутрикожное введение растворов ацетилхолина или никотиновой кислоты вызывает у здоровых людей развитие эритемы, а у больных атопическим дерматитом – побледнение кожи; при введении раствора гистамина интенсивность покраснения кожи у больных АтД менее выражена, чем у здоровых лиц; вазоконстрикторные реакции передаются по наследству, и этот признак иногда удается выявить без симптомов АтД, рожденных от родителей-атопиков; усилена периферическая холинореактивность и уровень содержания ацетилхолина в сыворотке не только крови, но и кожи [8,13, 21,25].

Поиски терапии АтД и коррекции иммунологических нарушений у больных довольно трудны. Нередко отсутствие успеха от проводимой терапии зависит от различного понимания механизмов развития поражения кожи. Мы попытались откорректировать эту проблему с использованием адаптогенов как ингибиторов аллергической реакции за счет иммуноадаптации и иммунокоррекции, повышения сопротивляемости организма. Адаптогенам по праву

принадлежит одно из ведущих мест в укреплении организма, стимуляции его защитных сил, т.е. в иммуноадаптации и иммунореабилитации [7,9,16, 20,24].

К наиболее важным адаптогенам растительного происхождения, получившим широкое распространение в фармакотерапии, относятся растения, произрастающие на Дальнем Востоке и в Сибири: женьшень, элеутерококк колючий, родиола розовая, лимонник китайский (шизандра), аралия маньчжурская, эхинацея пурпурная, заманиха великолепная, левзея сафлоровидная, а так же веществ, выделенных из пантов марала, пятнистого и северного оленей, плаценты, амниотической жидкости и др. Ведущей группой биологически активных соединений (БАС) в данных растениях являются, как правило, сапонины – тритерпеноиды стероидного происхождения, экдистероиды и фенилпропаноиды – относительно недавно выделенная в самостоятельный класс группа веществ. Общими позитивными сторонами адаптогенов являются: нормализующий эффект вне зависимости от «вектора» предшествующих сдвигов, неспецифичность действия, т.е. повышение сопротивляемости к вредному воздействию многих физических, химических и биологических факторов, безвредность для организма и широта терапевтических эффектов [3,9,10].

Иммунотропные возможности адаптогенов весьма разнообразны. Так, они способны стимулировать фагоцитарную активность лейкоцитов, нормализовать количество Т и В лимфоцитов, индуцировать продукцию эндогенного ИФ, активировать естественные киллеры; некоторые из них оказывают стимулирующее действие на гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковую систему, т.е. повышают степень адаптации организма к влиянию экстремальных факторов физической и умственной работоспособности, профилактике переутомления, активации обмена веществ (в том числе в ЦНС), повышению сопротивляемости организма к бактериальным, вирусным, грибковым инфекциям и др. Природные

адаптогены рекомендуют применять в дерматовенерологии и косметологии, к примеру, при иммунозависимых дерматозах, таких, как аллергический и атопический дерматиты, пузырьчатка, псориаз, при жирной себорее кожи, раннем облысении, с целью повышения скорости репаративных процессов и др. [3,7,9,10,20].

Применяют адаптогены в виде официальных настоек, экстрактов и др. Некоторые препараты имеют коммерческие названия – «Имунал» (на основе сока эхинацеи пурпурной), «Пантокрин» (экстракт и таблетки, содержащие экстракт из пантов марала, изюбра или пятнистого оленя) и т.д. Основной принцип применения растительных адаптогенов – длительное использование, но в мини-дозах, что позволяет сформировать стойкое позитивное иммуномодулирующее, стресс-адаптивное действие. Назначение адаптогенов в больших дозах дает хороший эффект на все время их приёма, а после отмены может произойти «срыв» резистентности организма, что проявляется общим плохим самочувствием, усталостью, умственной и физической астенизацией, сонливостью, спадом работоспособности. Адаптогены обычно хорошо переносятся, хорошо сочетаются с различными лекарствами и могут назначаться в комплексе [3,9,20].

Цель работы

Изучить возможность использования адаптогенов в комплексной терапии больных атопическим дерматитом.

Материал и методы

Среди наблюдаемых нами 26 больных АД было 17 девочек и 9 мальчиков в возрасте от 5 до 13 лет с эритематозно-свамозной формой с явлениями лихенификации в стадии обострения и типичными манифестациями атопического дерматита, средней тяжести оценки по шкале SCORAD) от 20 до 40 баллов. Всем больным была назначена адекватная традиционная терапия: диета, уход за кожей, местное лечение – топические

глюкокортикостероиды, ингибиторы кальциневрина (пимекролимус, такролимус), которые являются альтернативой топическим глюкокортикостероидным препаратам и являются препаратами выбора при лечении АДД на чувствительных участках тела (лицо, шея, кожные складки). Некоторым пациентам данные препараты назначали при отсутствии эффекта от наружной терапии с использованием глюкокортикостероидных средств.

Из системной терапии использовали общепринятое гипосенсибилизирующее лечение, включая антигистаминные препараты, а также витамин А, Аевит и природные адаптогены. Адаптогены (настойку женьшеня, элеутерококка, китайского лимонника, пантокрин) назначали внутрь от 3 до 7 капель согласно возрасту курсами до 2-х недель, с повторными курсами через 1-2 месяца (у большей части амбулаторно, в домашних условиях под наблюдением родителей), а для местного лечения применяли эти же препараты в виде одного из ингредиентов в кремах, пастах, мазях в концентрации до 3% в зависимости от возраста и переносимости.

Данные катамнеза через 6-12 месяцев, полученные от 19 больных из 24 (у детей клинически и со слов родителей), в комплексную терапию которых нами включались природные адаптогены, позитивная динамика клинического лечения наступала значительно быстрее, и она носила более устойчивый характер. Отмечалась устойчивость организма к воздействию различных факторов стресса, повышалась умственная работоспособность и физическая активность детей (со слов родителей), наблюдалось влияние на центральную нервную систему, за счет мобилизации ресурсов организма и стабилизации гомеостаза пациентов, не вынуждая его работать в «форсированном» режиме.

Выводы

Полученные нами данные позволяют считать патогенетически обоснованным и клинически целесообразным включение адаптогенов в комплексную терапию больных АДД (как в общую, так и в местную), что позволяет рекомендовать ее к использованию в клинической дерматологической практике.

Список литературы

1. *Атопический дерматит у детей. Руководство для врачей / Под общей редакцией Н.Г. Короткого. - Тверь: ООО «Издательство» Триада. - 2003. - 238 с.*
2. *Атопический дерматит: советы родителям [Текст] / В.Г. Радионова [и др.] - Луганск, 2012. - 40 с.*
3. *Бабий, Н.В. Разработка и оценка потребительских свойств фитонапитков на основе природных адаптогенов [Текст]: автореф. Дис... канд. техн. наук / Н.В. Бабий. - 2009. - 24с.*
4. *Гималова, Г.Ф. Молекулярно-генетические аспекты атопического дерматита [Текст] / Г.Ф. Гималова, А.С. Карунас, Э.К. Хуснутдинова // Медицинская генетика. - 2012. - № 12. - 19 с.*
5. *Григорян, Н.С. Современные патогенетические подходы к терапии атопического дерматита [Текст] / Н.С. Григорян, Н.Г. Кочергин, И.В. Кошелева // Практическая медицина. - 2011. - № 2 (49). - С. 31-35.*
6. *Короткий, Н.Г. Атопический дерматит. Современные аспекты этиологии, патогенеза, клиники и терапии [Текст] / Н.Г. Короткий, А.А. Тихомиров // Лекции по актуальным проблемам педиатрии. - М. - 2000. - С. 471-480.*
7. *Котлуков, В.К. Атопический дерматит в детском возрасте [Текст] / В.К.*
8. *Котлуков, Т.В. Казюкова, А.С. Айрапетян, Н.В. Антипова // Медицинский совет. - 2015. - № 1. - С. 60-65.*

9. Кошелева, И.В. *Современные терапевтические подходы к атопическому дерматиту: роль фототерапии и поиск новых путей [Текст] / И.В. Кошелева, А.Р. Хасанова // Лечащий врач. - 2018. - (www.lvrach.ru)*
10. Куркин, В.А. [Текст] / *Исследование номенклатуры адаптогенных лекарственных препаратов, представленных на фармацевтическом рынке Российской Федерации* В.А. Куркин, И.К. Петрухина, А.С. Акушская [Текст] / *Фундаментальные исследования. - 2014. - № 8-4. - С. 898-902.*
11. Морозов, Ю.А. *Изучение элементного состава и числовых показателей надземных и подземных органов лимонника китайского [Текст] / Ю.А. Морозов, М.С. Макиева, Е.В. Морозова // Современные проблемы науки и образования. - 2015. - № 4.*
12. Намазова-Баранова, Л.С. *Атопический дерматит у детей: современные клинические рекомендации по диагностике и терапии [Текст] / Л.С. Намазова-Баранова, А.А. Баранов, А.А. Кубанова [и др.] // Вопросы современной педиатрии. - 2016. Т.15. - № 3. - С. 279-294.*
13. *Об утверждении стандарта специализированной медицинской помощи при тяжелых формах атопического дерматита // Приказ Минздрава России. - 2012. - №1613н.*
14. Полещук В.Л. *Особенности состояния вегетативной нервной системы у больных атопическим дерматитом [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / В.Л. Полещук. С-Петербург: - 2004. - 21 с.*
15. *Протокол оказания медицинской помощи больным атопическим дерматитом // Приказ МЗ Украины. - 2009. - № 312.*
16. Проценко, Т.В. *Случай скарлатины у ребенка с атопическим анамнезом [Текст] / Т.В. Проценко, О.А. Проценко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. - 2018. - №3 (21). - С. 30-33.*
17. Проценко, Т.В. *Рациональная топическая терапия хронических дерматозов [Текст] / Т.В. Проценко, И.Е. Милус, О.А. Проценко // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. - 2017. - № 2 (16). - С. 42 - 44.*
18. Радионов, В.Г. *Гастроэнтерологическая патология в патогенезе атопического дерматита у детей [Текст] / В.Г. Радионов, О.С. Гусак, В.Г. Соломина, Ю.В. Жиливостова // Здоровье человека как предмет комплексного междисциплинарного исследования: сб. науч. тр. между. конф. - Луганск, 2017. - С.53-54.*
19. Радионов, В.Г. *Энциклопедический словарь дерматовенеролога [Текст] / В.Г. Радионов // - Луганск. - 2009. - 615 с.*
20. Репецкая, М.Н. *Лечение атопического дерматита у детей с учетом мик-робиоценоза кожи [Текст] / М.Н. Репецкая, Е.В. Шайдуллина, К.С. Бо-гатырева // Фундаментальные исследования. - 2012. - № 12 (2). - С. 350- 354.*
21. Романенко, И.М., Кулага, В.В., Афонин, С.А. [Текст]: *лечение кожных и венерических болезней // И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афонин / Руководство для врачей. - М. - 2006 Т.1. - 903 с.*
22. Страусева, А.В. *Современные представления о психических нарушениях у больных атопическим дерматитом [Текст] / А.В. Страусева, Ю.В. Кениксфест // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2014. - № 12 (2). - С. 274-277.*
23. Торопова, Н.П. *Проблемы иммунопатологии у детей с атопическим дерматитом и тактика иммунокоррекции [Текст] / Н.П. Торопова [и др.] // Иммунопатология и иммунореабилитация в дерматологии: матер. Рос. конф. - Екатеринбург. - 1997. - с.6.*
24. *Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом [Текст] / Прошутинская Д. В., Чикин В. В., Знаменская Л. Ф. и др. - М.: - 2015.*
25. Eichenfield LF, Tom WL, Berger TG, et al. *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 2. Management and treatment of atopic dermatitis with topical therapies. J Am Acad Dermatol. 2014; 71(1):116-132.*
26. Sidbury R, Davis DM, Cohen DE, et al. *Guidelines of care for the management of atopic dermatitis: section 3. Management and treatment with phototherapy and systemic agents. J Am Acad Dermatol. 2014; 71(2):327-349.*

Radionov V.G., Provizion L.N.

SUBSTANTIATION OF ADAPTOGENES USE IN COMPLEX TREATMENT OF ATOPIC DERMATITIS

*Lugansk State Medical University St.Luke
Lugansk Republik Dermatovenerologic Dispensary*

Summary

Atopic dermatitis (AD) is associated with genetic and immunological factors, dysfunctions of neurological system, non-specific factors which are contributed to AD. The investigation of pathogenesis and funding of rational treatment of AD with using of the adaptogens per os and of the cream.

Key words: *atopic dermatitis, pathogenesis, adaptogens.*

УДК 616.513.7+615.454.1

Романенко К.В., Сидоренко И.А., Ермилова Н.В.,
Романенко В.Н., Галаева Я.Ю., Сердюк Е.Б.

ПРОФИЛАКТИКА ОБОСТРЕНИЙ РАЗНОЦВЕТНОГО ЛИШАЯ ГЕЛЬ-БАЛЬЗАМОМ С ТЕРБИНАФИНОМ

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

Резюме

76 больных распространенным разноцветным лишаем (РЛ) успешно (92,1%) пролечены итраконазолом по 200 мг/день в течение 7 дней. В дальнейшем 62 пациента с микологическим излечением были отнесены в одну из двух групп. В первой (n=40) для профилактики рецидивов РЛ использовали гель-бальзам с тербинафином 1 раз в неделю в течение 3-х месяцев, второй – контрольной (n=22) – плацебо. В течение года наблюдения 34 человека (85%) первой и 12 человек (54,5%) – второй группы оставались по-прежнему микологически негативными. Достигнутая антимикотическая активность гель-бальзама с тербинафином позволяет рекомендовать его как средство выбора для лечения и профилактики рецидивов РЛ.

Ключевые слова: разноцветный лишай, тербинафин, профилактика рецидивов.

Разноцветный лишай (РЛ) вызывается грибами рода *Malassezia* который содержит девять [12], а по некоторым данным [4] – до 12 видов базидомицетных дрожжевых грибов, которые могут также быть причиной питириспорум-фолликулитов и себорейного дерматита, одновременно способствуя развитию атопического дерматита и псориаза [11]. Виды *Malassezia* могут быть дифференцированы по их пищевым потребностям, морфологии и молекулярной биологии. При определении возбудителя у пациентов с РЛ подавляющее большинство высыпаний связано с *M.globosa* [11], реже с *M.furfur*. Для некоторых видов *Malassezia* характерна липофильность; размножаются они почкованием, не теряя способности к образованию мицелиальных форм. Предполагают, что не менее 90% всего населения Земли являются носителями *Malassezia* spp. Степень их колонизации в себорейных участках кожи составляет не менее 1×10^4 КОЕ/см² [13].

Малассезиоз кожи и ассоциированные с ним дерматозы в настоящее время принято считать оппортунистическими, в большинстве случаев обусловленными активацией эндогенного источника на фоне действия предрасполагающих факторов [2].

Факторы, ответственные за трансформацию мицелия, включают теплую влажную среду, иммуносупрессию, использование системных кортикостероидов, пероральных контрацептивов, наследственность, болезнь Кушинга, гипергидроз и состояние пониженного питания (истощение) [13,14].

Таким образом, клинически РЛ проявляет себя, когда происходит конверсия сапрофитирующей дрожжевой формы *Malassezia* spp. в мицелиальную [6].

Для лечения распространенных форм РЛ или в случаях неэффективности наружного лечения, используют системные антимикотики (итраконазол, кетоконазол, флуконазол) [5,10].

В случае использования итраконазола для лечения РЛ рекомендуемая доза составляет 200 мг/сут. в течение 7 дней с минимальной курсовой дозой не менее 1000 мг для достижения терапевтического эффекта [3, 7]. Через 4 недели после такой терапии излечение наступает в 80-90% случаев [3]. Число пациентов с рецидивами РЛ после лечения варьирует от 60% на первом году наблюдения и до 90% – на протяжении 2 лет [9], чаще при иммуносупрессии, повышенной потливости, наличии себореи и др.

При высоком процентном соотношении пациентов, у которых рецидивирует РЛ, нередко необходима комплексная дифференцированная терапия микоза [1] с учетом результатов предварительного углубленного обследования, с чем соглашаются не все больные. Поэтому важно оценить профилактический режим использования наружного антимикотического средства, которое может быть эффективным для предотвращения рецидивов РЛ.

Материал и методы

Под нашим наблюдением находились 76 пациентов (40 мужчин и 36 женщин) в возрасте от 18 до 55 лет и с массой тела от 55 до 90 кг, с распространенным РЛ (грудь, спина, шея, плечи) в виде пятнистых крупных очагов с фестончатыми очертаниями, цвета – от желтовато-розового («кофе с молоком») до коричневого (с разными оттенками). На поверхности пятен имело место отрубевидное шелушение, усиливающееся при поскрабливании. Субъективные ощущения отсутствовали. Продолжительность заболевания варьировала от 1 до 8 лет.

Помимо типичной клинической картины, использовали вспомогательные методы диагностики (осмотр кожных покровов с помощью лампы Вуда, положительную йодную пробу Бальцера). Диагноз, как правило, подтверждали микроскопией чешуек из очагов поражения после просветления раствором щелочи, или окраской метиленовым синим и обнаружением округлых почкующихся клеток и коротких, изогнутых гиф («спа-

гетти с мясными шариками»). Образцы для микроскопии всегда брали из одной и той же области. Больные получали итраконазол – триазольный антимикотик с выраженными кератофильными и липофильными свойствами [8] по 200 мг (2 капсулы) в день сразу после плотной еды на протяжении 7 дней. Наружное лечение не проводили. Не включали в группу для лечения итраконазолом больных малассезиозом с подтвержденной иммуносупрессией, наличием хронических дерматозов, заболеваний внутренних органов, получающих постоянно кортикостероидные и прочие гормоны, сердечные и другие лекарственные препараты, наружные антимикотики (шампуни, мази), беременных и кормящих грудью женщин.

Результаты лечения итраконазолом оценивали через 5 недель после начала терапии с учетом клинических симптомов (эритема, шелушение, гипопигментация) и лабораторных данных (отсутствие патогена).

Результаты и обсуждение

Через 5 недель после лечения РЛ итраконазолом у 70 человек (92,1%) достигнуто так называемое микологическое излечение (отсутствие клеток гриба-возбудителя), опережавшее косметическое излечение на 2-6 месяцев. У 6 больных (7,9%) результат лечения был негативным (клинически и микологически). Побочные результаты лечения отмечены у 8 человек (10,5%); они касались, в основном, желудочно-кишечного тракта и не было необходимости прерывать лечение.

Дальнейшее исследование было проведено с целью оценить эффективность использования гель-бальзама с тербинафином – прозрачной гелеобразной жидкости, содержащей помимо тербинафина, безалкония хлорид, эфирное масло мяты, пропиленгликоль, карбоксиметилцеллюлозу, лимонную кислоту и очищенную воду, для предупреждения рецидивов РЛ.

Из исследования выбыли 14 человек (6 – с негативными результатами лечения и 8 – по различным личным причинам).

Таким образом, для дальнейшего исследования были отобраны 62 пациента с микологическим излечением.

В первую группу (40 человек) были включены пациенты, излеченные от РЛ (21 мужчина и 19 женщин), которые после излечения использовали гель-бальзам с тербинафином 1 день в неделю в течение 3 месяцев. Пациенты второй (контрольной) группы (22 человека: 12 мужчин и 10 женщин) получали плацебо (вазелиновое масло). Все пациенты хорошо переносили назначение гель-бальзама с тербинафином. В течение года наблюдения 34 человека (85%) из 40 пациентов в первой группе, получавших гель-бальзам с тербинафином, и 12 человек (54,5%) во второй группе (контроль-

ной) были по-прежнему микологически негативными ($\chi^2=5,4$; $p=0,02$). Наряду с микологическим излечением был достигнут и положительный результат в аспекте косметических показателей.

Следует отметить, что гель-бальзам с тербинафином также увлажняет и питает кожу, уменьшает ощущение ее стянутости и сухости, легко дозируется, быстро впитывается, не оставляет липкой пленки.

Вывод

Таким образом, антимикотическая эффективность гель-бальзама с тербинафином позволяет рекомендовать его как средство выбора для лечения и профилактики рецидивов разноцветного лишая.

Список литературы

1. Горбунцов, В.В. Комплексна диференційована терапія хворих із різними клінічними формами маласезіозу шкіри [Текст] // Дерматовенерологія. Косметологія. Сексопатологія. – 2003. – № 1-4 (6). – С. 5-10.
2. Сергеев, А.Ю., Сергеев Ю.В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. [Текст] – М.: Бином-пресс. – 2003. – 440 с.
3. Bonifaz, F., Gomez-Daza, F., Paredes, V. Tinea versicolor, tinea nigra, white piedra, and black piedra [Text] // Clin. Dermatol. – 2010. – Vol. 28, № 2. – P. 140-145.
4. Chandrasekar, P.H., Sobel, J.D. Micafungin: A new echinocandin [Text] // Clin. Infect. Dis. – 2006. – Vol. 42, № 8. – P. 1171-1178.
5. Faergemann, J. Management of seborrheic dermatitis and pityriasis versicolor [Text] // Am. J. Clin. Dermatol. – 2000. – Vol. 1. – P. 75-80.
6. Faergemann, J., Gupta, A.K., Al Mofadi, A. et al. Efficacy of Itraconazole in the Prophylactic Treatment of Pityriasis (Tinea) Versicolor [Text] // Arch. Dermatol. – 2002. – Vol. 138. – P. 69-73.
7. Gupta, A.K., Cooper, E.A. Update in antifungal therapy of dermatophytosis [Text] // Mycopathologia. – 2008. – Vol. 166, № 5-6. – P. 353-367.
8. Heres, J., Backx, L.J., Van Custem, J. et al. Antimycotic azoles, part 7: synthesis and antifungal properties of a series of novel triazole-3-ones [Text] // J. Med. Chem. – 1984. – Vol. 27. – P. 894-900.
9. Hu, S.W., Bigby, M. Pityriasis versicolor: a systematic review of intervention [Text] // Arch. Dermatol. – 2010. – Vol. 146, № 10. – P. 1132-1140.
10. Mendez-Tovar, L.J. Pathogenesis of dermatophytosis and tinea versicolor [Text] // Clin. Dermatol. – 2010. – Vol. 28, № 2. – P. 185-189.
11. Odabasi, Z. Beta-D-glucan as a diagnostic adjunct for invasive fungal infections: Validation, cutoff development, and performance in patients with acute myelogenous leukemia and myelodysplastic syndrome [Text] // Clin. Infect. Dis. – 2004. – Vol. 39, № 2. – P. 199-205.
12. Pappas, P.G. Clinical practice guidelines for the management of candidiasis: 2009 update by the Infectious Diseases Society of America [Text] // Clin. Infect. Dis. – 2009. – Vol. 48, № 5. – P. 503-535.
13. Vazquez, J.A., Sobel, J.D. Anidulafungin: A novel echinocandin [Text] // Clin. Infect. Dis. – 2006. – Vol. 43, № 2. – P. 215-222.
14. Weistin, A., Berman, B. Topical treatment of common superficial tinea infection [Text] // Am. Fam. Physician. – 2012. – Vol. 65. – P. 2095-2102.

*Romanenko K.V., Sidorenko I.A., Ermilova N.V.,
Romanenko V.N., Galaeva J.Y., Serdyuk E.B.*

USE OF GEL-BALSAM WITH TERBINAFINE FOR THE PREVENTION OF TINEA VERSICOLOR RECURRENT

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

Summary

76 patients with common tinea versicolor disease (TV) were successfully (92,1%) treated with itraconazole at 200 mg/day for 7 days. Subsequently, 62 patients with mycological cure were assigned to one of two groups. In the first (n=40), for the prevention of recurrence of TV, gel-balsam with terbinafine was used once a week for 3 months, the second – control (n=22) – placebo. During the year of observation, 34 people (85%) of the first and 12 people (54,5%) – the second group remained still mycologically negative. The achieved antimycotic activity of the gel-balsam with terbinafine makes it possible to recommend it as a means of choice for the treatment and prevention of recurrence of TV.

Key words: *tinea versicolor, terbinafine, prevention of recurrence.*

Седаков И.Е., Логунов П.В., Дьячков О.Н.

ОПЫТ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ

Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря
МЗ ДНР

Резюме

Представлен опыт, результаты диагностики и лечения поверхностной (мультицентрической) формы базальноклеточного рака кожи (БКРК) у 257 пациентов. Обсуждаются особенности выбора способов лечения: хирургического, терапевтического с применением топического модификатора иммунного ответа в виде 5% крема имиквимод, комбинированного способа лечения с применением хирургического и терапевтического способов лечения, которые показали высокую эффективность и приемлемый, эстетический результат.

Ключевые слова: мультицентрическая форма базальноклеточного рака кожи, лечение, имиквимод.

Опухоли кожи являются наиболее часто встречающимися новообразованиями человека [2]. Самой часто встречающейся злокачественной опухолью кожи является базальноклеточный рак кожи (БКРК). Низкая вероятность метастазирования данной опухоли позволяет эффективно проводить лечебно-профилактические мероприятия в амбулаторных условиях [1].

Однако учитывая местнодеструктивный характер опухоли и основную локализацию в области лица, крайне важным является выявление данного вида опухоли на ранних стадиях, при осмотрах населения в амбулаторных условиях.

Учитывая высокий процент рецидивов БКРК и наличие крупных (более 3-5 см²) опухолей в поверхностной форме, было принято решение выбрать методом лечения использование топического модификатора местного иммунного ответа (имиквимод 5% крем), как самостоятельного метода лечения и как этап комплексного лечения в комбинации с хирургическим вмешательством.

БКРК – злокачественная опухоль кожи, возникающая из эпидермиса или же-

лезистых придатков кожи, которая характеризуется местнодеструктивным ростом.

Историческая справка: Впервые была описана в 1872 г. А. Яacob. Он обратил внимание на глубокие прогрессивно увеличивающиеся язвы, возникающие чаще на лице, назвав их «разъедающими язвами» (ulcus rodens). Термин «базалиома» предложил L. Nekam в 1901г. Эпителиальный характер опухоли доказал E. Krompacher в 1903 г.[2].

Этиология и патогенез: Не существует единого этиологического фактора для развития немеланомных опухолей кожи. Самым значимым фактором риска спорадических (ненаследственных) форм немеланомных опухолей кожи (БКРК) следует считать воздействие на кожу ультрафиолетового излучения. Также следует отметить такие факторы риска, как врожденный или приобретенный иммунодефицит (например, после трансплантации органов или других заболеваний, связанных с необходимостью принимать иммуносупрессанты), в том числе и при лечении злокачественных опухолей, пигментная ксеродерма. Описана связь между искусственным ультрафиоле-

том (в том числе PUVA-терапией) и повышением риска возникновения немеланомных опухолей кожи (БКРК). Существует также ряд наследственных синдромов, в рамках которых возможно возникновение базалиом: синдром невоидных базалиом (также известен как синдром Горлина-Гольтца), синдром Базекса, синдром Ромбо, синдром одностороннего базальноклеточного невуса. При синдроме Горлина-Гольтца обнаруживается мутация в гене PTCH, а у пациентов, помимо множественных базалиом, может быть выявлен характерный фенотип: широкий корень носа, дополнительные складки на ладонях, кистозные изменения челюстей, пороки развития костной системы [1,2].

Эпидемиология:

Заболеваемость БКРК составляет около 24 случаев на 100 000 населения [1,2]. Больные с БКРК составляют 70% от общего числа пациентов со злокачественными опухолями кожи [1,2].

БКРК в структуре онкозаболеваний на территории ДНР, занимает 2-ое ранговое место, среди всей злокачественной онкопатологии (3-е ранговое место у мужчин и 2-е ранговое место у женщин).

БКРК в 80% локализуется на коже головы (87% из них – на коже лица), 4% – на коже шеи, (соотношение «голова/шея» – 9/1) [1,2].

БКРК растет достаточно медленно, для нее характерен местный инвазивный рост с разрушением окружающих тканей (T3-4 TNM). Метастазы во внутренних органах не возникают, в связи с тем, что опухолевые клетки, разносимые кровотоком по всему организму, не способны к пролиферации из-за отсутствия факторов роста, вырабатываемых стромой первичной опухоли. Существуют данные о метастазировании БКРК в форме базосквамозного БКРК (метатипический рак) [2]. Исходя из вышеприведенных данных следует, что проблема диагностики и лечения БКРК на ранних стадиях является актуальной.

Существует несколько классификаций БКРК: Гистологическая классификация: поверхностный (мультицентрический) БКР, узловой (солидный или нодулярный) БКР, микроузловой (микронодулярный) БКР, инфилтративный (инфилтрирующий) БКР, фиброэпителиальный (фиброэпителиома Пинкуса), БКРК с дифференцировкой в сторону придатков кожи, базально-плоскоклеточный рак кожи (метатипический рак, базосквамозный рак), пигментный (пигментированный) БКРК, БКРК со смешанным типом роста. В рутинной практике врача дерматоонколога, используется классификация с разделением на следующие клинические формы: поверхностная форма, пигментированная форма, нодулярная форма, язвенная форма, склеродермоподобная форма, синдром Горлина-Гольтца [2].

Основными методами лечения БКРК в мире являются: хирургическое лечение, различные электрохирургические методы удаления (электрокоагуляция, радиоволновая деструкция), криодеструкция жидким азотом, лечение с использованием топического модификатора местного иммунного ответа имиквимод 2% крем, фотодинамическая терапия, лучевая терапия и их комбинации [3]. Для лечения мультицентрической или поверхностной формы БКРК наиболее целесообразно применять хирургическое лечение [3] и лечение с использованием топического модификатора местного иммунного ответа имиквимод 2% крем, который показал высокую эффективность и высокий уровень безрецидивного лечения при проведении клинических испытаний [4,5,6], ввиду чего был рекомендован для лечения мультицентрической формы БКРК.

Цель – повышение качества оказания помощи пациентам с БКРК, снижение количества рецидивов первичной опухоли при сохранении приемлемых эстетических результатов.

Материалы и методы

Для диагностики первичной опухоли использовался осмотр кожных покровов,

сбор личного и семейного анамнеза, дерматоскопия как метод инструментальной диагностики, позволяющий оперативно и неинвазивно установить предварительный диагноз и принять решение о выборе тактики лечения, диагностическая биопсия с последующим гистологическим исследованием (П.Г.И.), как метод постановки окончательного диагноза и контроля края, что очень важно при БКРК, который имеет тенденцию к частому рецидивированию (при неполном удалении первичной опухоли).

Использовались такие методы: дерматоскопия для установления предварительного диагноза, патогистологическое исследование после эксцизионной биопсии для подтверждения диагноза.

Дерматоскопия проводилась при помощи оптических дерматоскопов Heine Delta 20 и 3 Gen DL4, для установки диагноза БКРК использовался алгоритм 2step, признаками БКРК являются: «древовидно-ветвящиеся сосуды», «структура по типу спиц в колесе», «структуры по типу кленового листа», «сине-голубые округлые структуры» (овоидные гнезда), «изъязвления» [7].

Статистический метод для обработки данных и оценки эффективности методики лечения. Полученные статистические данные были обработаны при помощи персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

За период с 2014 по 2018 год в условиях поликлиники Республиканского онкологического центра имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР, была оказана медицинская помощь 723 пациентам с диагнозом БКРК, в том числе 257 (35,5%) с поверхностной (мультицентрической) формой БКРК.

Распределение по гендерному признаку: женщины – 155 (60,3%), мужчины – 102 (39,7%). Разделение в возрастных группах было следующим: 30-50 лет: 11 (4,3%) человек (ж-7, м-4), 51-60 лет: 113 (43,9%) человек (ж-65, м-48), 61-70 лет: 86 (33,4%) человек (ж-51, м-35), 71-80 лет: 29 (11,4%) человек (ж-19, м-10), 81+ лет: 18 (7%) человек (ж-13, м-5).

Исследуемая группа была разделена на 3 группы, пациенты в группе 1 получали только хирургическое лечение, пациенты группы 2 получали лечение в виде комбинированного лечения (эксцизия+имиквимод 5%), пациенты группы 3 имиквимод 5%, в виде монотерапии.

Распределение в группах, согласно показаний: группа 1 – 178 пациента, группа 2 – 41 пациент, группа 3 – 38 пациентов.

Лечение

Основными методами лечения БКРК является удаление или лучевая терапия (ЛТ) очагов базальноклеточного рака кожи [4].

Учитывая частое рецидивирование БКРК после проведения ЛТ, было предложено основным методом лечения выбрать эксцизию первичной опухоли с последующим П.Г.И., однако исходя из данных заболеваемости данной патологией и сложности применения стандартной тактики лечения (эксцизия очагов) при наличии обширной площади поражения при поверхностных формах, внедрение новых методик лечения является актуальным.

Такой методикой является использование топической терапии с кремом имиквимод 5%, являющегося модификатором иммунного ответа [3,5,6].

Механизм действия: рецепторы белка в ткани опухоли, вероятнее всего, связываются с имиквимодом на мембране иммунцитов. Имиквимод не имеет прямой антивирусной активности. Имиквимод проявляет эффективность против вирусных инфекций и действует как противоопухолевый агент, главным образом индуцируя синтез α -интерферона и других цитокинов [3,5,6].

Учитывая часто рецидивирующий характер БКРК, связанный в том числе с невозможностью проведения хирургического лечения с микрографическим интраоперационным контролем края по Moth, который является золотым стандартом при удалении очагов БКРК в области лица, а так же из-за того, что на этапе предоперационной диагностики, адекватно оценить границу БКРК,

особенно при мультицентрической форме, практически невозможно. В случае наличия крупных опухолей, более 5 см² и наличием нескольких новообразований (БКРК) у одного пациента, вариант хирургического лечения мало оправдан, в связи с образующимся дефицитом тканей (даже при использовании методик хирургического лечения с замещением послеоперационного дефекта перемещением местных тканей) [4].

В таких случаях был использован нехирургический метод лечения с использованием топического модификатора иммунного ответа 5% имиквимода в форме крема для наружного применения, в режиме 5 дней подряд в неделю в течении 6 недель, как самостоятельный метод [6] или в комбинации с хирургическим лечением при множественных очагах или при ранних рецидивах. Стоит отметить, что данный метод лечения применялся исключительно у пациентов с поверхностной формой БКРК.

При проведении лечения все 257 пациентов получили лечение в полном объеме, согласно показаний. При проведении хирургических методов лечения, особенностей и осложнений не наблюдалось, послеоперационные раны зажили первичным натяжением. При проведении топической терапии, при помощи топического модификатора иммунного ответа (имиквимод 5% крем), у 68 (31%) пациентов из групп 1 и 2 отмечалась выраженная реакция на нанесение препарата на кожу, в виде эритемы и экссудации серозного характера, с образованием серозных корок. Данные симптомы сопровождалась незначительным зудом, у 11 (16%) пациен-

тов, отмечалась незначительная эритема и экссудация, на фоне сухости кожи, без субъективных ощущений.

В течение первых трех месяцев наблюдения после окончания лечения рецидивов не наблюдалось, а места локализации опухолей, подвергшиеся лечению различными методиками, имели удовлетворительный эстетический результат, однако в течение последующего времени (от 6 до 12 месяцев) в группе 1 произошло 59 (33,1%) случаев рецидивирования, в группе 2 рецидив произошел в 5 (12,2%) случаях, в группе 3 рецидив произошел в 6 (15,8%) случаях.

Средняя продолжительность жизни без рецидива составила в группе 1 – 17 месяцев ($\pm 2,2\%$), в группе 2 – 9 месяцев ($\pm 3,1\%$), в группе 3 – 7 ($\pm 2,3\%$).

Таким образом, учитывая данные, полученные во время проведения исследования, можно считать, что использование комбинированных методов лечения поверхностной (мультицентрической) формы БКРК с применением хирургического этапа лечения и топического модификатора иммунного ответа имиквимод 5% крем на ранних стадиях заболевания является эффективными и имеет приемлемый эстетический результат.

Выводы

Обоснован, разработан и внедрен в практику комбинированный, этапный метод лечения больных с мультицентрической БКРК, показавший высокую эффективность и приемлемый эстетический результат, что позволяет активно использовать его в амбулаторной практике.

Список литературы

1. Галил-Оглы, Г.А. Базальноклеточный рак кожи [Текст] / Г.А. Галил-Оглы, В.А. Молочков, Ю.В. Сергеев // «Дерматоонкология». - Ч.2. - разд. 2. - гл. 4. - М.: Медицина для всех, 2005. - Ч.2. - Разд.2. - Гл.4. - С. 332-368.
2. Ламоткин, И.А. Клиническая дерматоонкология [Текст] / И.А. Ламоткин. -СПб.: Бином, 2011. -С. 109-126.
3. Ezughah, F.I. A randomized parallel study to assess the safety and efficacy of two different dosing regimens of 5% imiquimod in the treatment of superficial basal cell carcinoma [Text]/ F.I. Ezughah, R.S. Dawe, S.H. Ibbotson, C.J. Fleming// Journal of Dermatological Treatment. - Informa Healthcare, 2008. - V.19. - P. 111-117.
4. Telfer, N.R. Guidelines for the management of basal cell carcinoma [Text] / N.R. Telfer, G.B. Colver, C.A. Morton // British Journal of Dermatology. - Wiley-Blackwell, 2008. - V. 159. - P.35-48.
5. Geisse, J.K. Imiquimod 5% cream for the treatment of superficial basal cell carcinoma: a double-blind, randomized, vehicle-controlled study [Text] / J.K. Geisse, P. Rich, A. Pandya et al. // American Academy Dermatology. -Elsevier, 2002. - I.47. - P.390-398
6. Marks, R. Imiquimod 5% cream in the treatment of superficial basal cell carcinoma: results of a multicenter 6-week dose-response trial [Text] / R. Marks, K. Gebauer, S. Shumack et al. // American Academy Dermatology. -Elsevier, 2001. - V.44. - P. 807-813.
7. Johr, R. Dermoscopy. The essentials [Text] / Johr R., Soyer H.P., Argenziano G., Hoffman-Wellenhof R., Scalvenzi M. - Mosby, Elsevier, 2004. -P. 100-106.

Sedakov I.E., Logunov P.V., Dyachkov O.N.

EXPERIENCE OF COMBINED TREATMENT OF BASAL CELL SKIN CANCER

Republican Cancer Center Professor G.V. Bondar MH DPR

Summary

The experience and results of the diagnosis and treatment of the superficial (multicentric) forms of basal cell carcinoma (BCC) are presented. The specific features of the choice between a surgical treatment method and a therapeutic method using a topical immune response modifier in the form of 5% imiquimod cream and a combined treatment method using surgical and therapeutic treatment methods for 257 patients are discussed.

Key words: *superficial (multicentric) form of basal cell skin carcinoma, treatment, imiquimod.*

УДК 616.5+616.97] (075.5)

*Проценко О.А., Проценко Т.В., Провизион А.Н., Боряк С.А.,
Корчак И.В., Заблоцкая А.Г., Такташов И.Р., Кузнецова В.Г.,
Лукьянченко Е.Н., Горбенко Ал.С.*

ОПЫТ ОБУЧЕНИЯ НЕКОТОРЫМ ПРАКТИЧЕСКИМ НАВЫКАМ ПО ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ НА КАФЕДРЕ ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБУЧЕНИЯ

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

Резюме

Обсуждаются вопросы оптимизации обучения врачей дерматовенерологов некоторым практическим навыкам по специальности (биопсии, патогистологическая диагностика, дерматоскопия, медицинское консультирование). Представлены организационные формы учебного процесса и анализ их эффективности по результатам тестового контроля.

Ключевые слова: *последипломное обучение, практические навыки, дерматовенерология.*

Основной задачей последипломной образования является непрерывное совершенствование профессиональной подготовки специалистов для повышения качества оказания дерматовенерологической помощи, в процессе выполнения которой важное место занимают практические навыки, особенно по сложным или новым лечебно-диагностическим технологиям [1-5]. Не менее важным является развитие междисциплинарных взаимодействий при ведении дерматологических больных с целью оптимизации не только лечебных, но и долгосрочных реабилитационных мероприятий.

Для реализации этих задач на кафедре дерматовенерологии и косметологии были разработаны и внедрены следующие формы интерактивного обучения:

1. Ежемесячная междисциплинарная научно-практическая «Школа по детской дерматологии, дерматовенерологии и ме-

дицинской косметологии», на которой разбираются сложные клинические случаи и освещаются актуальные проблемы на стыке специальностей с привлечением в качестве спикеров ведущих специалистов региона (педиатров, гинекологов, офтальмологов, аллергологов, терапевтов и др.). Школа проводится в фиксированный день месяца (2-я среда), в фиксированное время (с 10.00 до 14.00), с предварительной электронной рассылкой программы конференции. В проведении Школы постоянно принимают участие кафедры педиатрии и офтальмологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО. Участниками и слушателями Школы являются врачи-курсанты, ординаторы кафедр, а также врачи разных специальностей бюджетных и частных медицинских учреждений, планирующих время работы с учетом возможности посещения мероприятия по интересующей их теме.

2. «Школа атопии», которая проводится еженедельно для больных атопическим дерматитом и их родителей с целью обучения навыкам ухода за кожей, разъяснения особенностей пищевого поведения и по другим вопросам медицинского консультирования (но не консультации!). Участие врачей-курсантов в подобных мероприятиях развивает у них навыки коммуникативного общения со сложными пациентами, формирует алгоритмы оказания медико-социальной помощи.

3. «Школа по дерматоскопии» для врачей-курсантов дерматовенерологов, проходящих или проходивших обучение на кафедре, направлена на разборы сложных дерматоскопических наблюдений. Сочетание клинического разбора больного с анализом клинико-гистологических и клинико-дерматоскопических корреляций позволяет развивать клиническое мышление обучающихся.

4. «Школа по патогистологической диагностике дерматозов» для врачей-курсантов дерматовенерологов, проходящих или проходивших обучение на кафедре включает клинический разбор больного, проведение дифференциального диагноза с определением места и особенностей забора биопсии с учетом предполагаемых диагнозов; работу с гистологическим препаратом и выявление диагностически значимых гистологических признаков, оформление патогистологического заключения.

5. Междисциплинарный тренинговый Центр по обучению навыкам медицинского консультирования в связи с ИППП/ВИЧ/СПИД врачей дерматовенерологов и других специальностей. Информационный блок по новым данным эпидемиологии в регионе и в мире, новинкам в диагностике и ведении инфекционной патологии (ИППП/ВИЧ/СПИД) сочетается с проведением интерактивных тренингов, направленных на совершенствование и развитие коммуникативных технологий пред- и послетестового консультирования больных, работы с близкими, бытовыми и половыми партнерами. В инте-

рактивной форме отрабатываются не только навыки коммуникативного общения, но и представления «вносимой» информации, вначале – преподаватели с врачами, затем – врачи друг с другом и с пациентами кожно-венерологического диспансера. Работа междисциплинарного тренингового центра проводится совместно с областным Центром по борьбе и профилактике СПИД и общественными организациями (ЛЖВ и др.).

Регулярное проведение указанных мероприятий и возможность их посещения и участия не только во время прохождения циклов последипломного обучения, но и в последующем, реализует принцип постоянного прерывистого повышения квалификации. На кафедре имеется достаточный архив клинических, гистологических и дерматоскопических наблюдений, в т.ч. в компьютерной базе данных.

Для оценки эффективности и контроля качества обучения с учетом внедрения новых технологий провели тестовую оценку уровня знаний врачей-курсантов циклов повышения квалификации с использованием ситуационных тестовых заданий. Они представляли собой текстовую модель ситуации, с которой врачи-дерматовенерологи могут встретиться в своей дальнейшей практической деятельности и которые разбирали на проводимых Школах и при работе в тренинговых Центрах.

Тестированию было подвергнуто 56 аттестованных врачей дерматовенерологов, ранее не посещавших обучающие мероприятия, до- и после завершения цикла обучения, в т.ч. с высшей аттестационной категорией – 16, первой – 22, второй – 18.

Тестовые задания были сгруппированы по 4 разделам: «Общие вопросы дерматологии. Аллергодерматозы», «Инфекционные дерматозы (вирусные, бактериальные, микотические)», «Папуло-сквамозные, пролиферативные и аутоиммунные дерматозы», «Венерология. ИППП/ВИЧ/СПИД, ВИЧ-ассоциированные дерматозы». По каждому разделу было представлено от 18 до 36 тестовых заданий, всего – 138. Одни и те же тестовые задания

вые задания предлагались для тестирования исходного и конечного уровня знаний.

При анализе результатов тестирования вначале обучения правильные ответы были на 61 (44,2%) тестовое задание, а по окончании обучения – на 116 (84,1%).

При анализе исходного тестирования оказалось, что врачи относительно хорошо справлялись с тестовыми заданиями по вопросам лечения и гораздо хуже (более 50% неправильно решенных тестов) – с заданиями по вопросам диагностики, в том числе дерматоскопии и гистологической. Несмотря на улучшение этого показателя при заключительном тестировании, процент неправильно решенных тестов по диагностике (всего 22) по всем разделам оставался достаточно высоким и составил 14 (63,6%). Это подтверждает недостаточность месячного обучения (предаттестационный

цикл – ПАЦ, или повышение квалификации – ПК) 1 раз в 5 лет перед аттестацией и свидетельствует о необходимости постоянного прерывистого пополнения знаний и совершенствования в специальности.

Таким образом, использование разработанных подходов в обучении позволяет оптимизировать получение новых знаний и совершенствовать практические навыки, осваивая новые технологии в специальности. Внедрение форм прерывистого постоянного профессионального обучения позволяет существенно повысить его эффективность обучения, особенно в отработке наиболее сложных и значимых практических навыков, а также показывает необходимость последующего закрепления приобретенных навыков как в процессе прерывистого обучения, так и на циклах тематического усовершенствования.

Список литературы

1. Казаков, В.М. Система безперервної медичної освіти (методологія, управління)[Текст]/ В.М. Казаков, О.М. Талалаєнко, М.Г. Гаріна, М.С. Каменецький - Донецьк: "Здоров'я", 1994. – С.40-41.
2. Мавров, И.И. Обоснование необходимости внедрения методов медицинского консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа в практику кожно-венерологических диспансеров [Текст] /И. И. Мавров, О.А. Проценко О.А.// Дерматологія та венерологія. – 2006. – №3 (33). – С. 91–95.
3. Оценка качества подготовки дерматовенерологов [Текст] / О.А. Проценко, Т. В. Проценко, И.В. Корчак и др. // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2018. – № 1 (19). – С. 60–63.
4. Преподавание клинических аспектов ВИЧ-инфекции и ВИЧ-ассоциированных дерматозов на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования [Текст] / О.А. Проценко, Т. В. Проценко, И.В. Корчак и др. // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2018. – № 1 (19). – С. 60–63.
5. Проценко, О.А. Медицинское консультирование по вопросам ВИЧ-ассоциированных дерматозов и ИППП/СПИД в кожно-венерологическом диспансере [Текст] / О.А. Проценко // Журнал дерматовенерологии и косметологии им. Н.А. Торсуева. – 2007. – № 1-2 (14). – С. 139–141.

*Protsenko O.A., Protsenko T.V., Provizion A.N., Boryak S.A., Korchak I.V.,
Zablotskaya A.G., Taktashov I.R., Kuznetsova V.G., Lukyanchenko E.N., Gorbenko A.I.S.*

EXPERIENCE OF TEACHING SOME PRACTICAL SKILLS ON DERMATOVENEROLOGY IN THE DEPARTMENT OF POSTGRADUATE TRAINING

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

Summary

The issues of optimizing the training of dermatovenerologists of some practical skills in the specialty (biopsy, histopathological diagnosis, dermatoscopy, medical counseling) are discussed. The organizational forms of the educational process and the analysis of their effectiveness according to the results of test control are presented.

Key words: *postgraduate education, practical skills, dermatovenerology.*

В первом полугодии 2019 г., в рамках реализации программы непрерывного последиplomного образования, кафедрами факультета интернатуры и последиplomного образования Государственной образовательной организацией высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького», под патронатом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики, согласно Реестров Республиканских (приказ МЗ ДНР №4 от 20.12.2017 г.) и внутривузовских научно-практических конференций, были проведены следующие междисциплинарные научно-практические конференции по актуальным разделам клинической медицины на стыке специальностей.

16 января 2019 г. на конференции «*Особенности оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным пациентам*», проведенной в актовом зале Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) МЗ ДНР присутствовало 79 врачей, в том числе врачи дерматовенерологи, терапевты, инфекционисты, эпидемиологи, офтальмологи, педиатры, психиатры и невропатологи и др. из 9 городов ДНР (гг. Макеевка, Горловка, Снежное, Шахтерск, Торез, Харцыск, Новоазовск, Донецк, Кировское). Были заслушаны и обсуждены 11 докладов: проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «ВИЧ/СПИД – междисциплинарная проблема», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши и другие характерные дерматологические маркеры ВИЧ-инфекции»; от коллектива врачей: Павленко В.Н., Думчева И.Н., Кутовая О.А. – докладчик Кутовая О.А. (Республиканский центр по профилактике и борьбе со СПИДом) «Эпидемиологическая ситуация и особенности оказания медицинской помощи ВИЧ-позитивным пациентам»; от группы авторов кафедры педиатрии: доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюгова Е.В., доц. Тонких Н. А. – докладчик доц. Бордюгова Е.В. «Особенности ведения детей с соматической патологией при ВИЧ/СПИДе»; от коллектива авторов кафедры офтальмологии: доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубов К. Э., доц. Котлубей Г.В. – докладчик доц. Смирнова А.Ф. «Поражения глаз



при ВИЧ/СПИДе; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности клиники и течения атопического дерматита у ВИЧ-позитивных пациентов»; от коллектива врачей РКДВД и кафедры дерматовенерологии и косметологии: Темкин В.В., асс. Провизион А.Н., Кузьменко Н.Н., орд. Абрамова В. А. – докладчик орд. Абрамова В.А. «Хронические дерматозы и ИППП у ВИЧ-позитивных пациентов (по результатам анализа работы отделений РКДВД)»; от коллектива кафедр медицинской биологии и дерматовенерологии и косметологии: доц. Степанова М.Г., доц. Мехова Л.С., асс. Мехова Г.А. – докладчик асс. Мехова Г.А. «Исследования буллы эпителия

как способ оценки неспецифической резистентности кожи»; доц. Трофимец Е.К. (кафедра стоматологии) «Поражения слизистой полости рта при ВИЧ/СПИДе»; от коллектива кафедр анатомии, патологической физиологии, организации ВО, УЗО и эпидемиологии и медицинского колледжа: доц. д.мед.н. Киосева Е.В., доц. Пацкань И.И., асс. Киосев Н.В., доц. Бешуля О.А.

13 февраля 2019 г. конференция по теме «**Кожный зуд как сигнал к междисциплинарному взаимодействию**» состоялась в РКДВД МЗ ДНР, присутствовало 57 врачей, в том числе врачи дерматовенерологи, терапевты, инфекционисты, офтальмологи, педиатры и психиатры из 5 городов ДНР. Были заслушаны доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Зудящая кожа – симптом или синдром? Обоснование алгоритма обследования пациентов», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности зуда при ВИЧ-инфекции», от группы авторов (доц. Пшеничная Е.В., доц. Бордюгова Е.В., доц. Тонких Н.А., кафедра педиатрии) доклад «Зуд кожи у детей при различной соматической патологии» представила доц. Тонких Н.А.; проф. Домашенко О. Н. (содокладчик – асс. Гридасов В.А., кафедра инфекционных болезней) представила доклад «Зуд кожи как симптом системной инфекционной патологии»; доц. Евтушенко В. А. (содокладчик – доц.

13 марта 2019 г. была проведена конференция по теме «**Атопия сквозь призму современной медицины**». На конференции присутствовало 72 врача из 5 городов ДНР. Были заслушаны и обсуждены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Механизмы развития атопического воспаления и возможности управления патологическим процессом», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Стратегия раннего вмешательства и кон-

– докладчик доц. д.мед.н. Киосева Е.В. «Поведенческие реакции как фактор риска инфицирования социально опасными инфекциями»; от коллектива сотрудников Центра лабораторной медицины Биолайн Небесной Л.В., Поляшенко О.Г. – докладчик Поляшенко О.Г. «Современные возможности лабораторной диагностики кандидоза».

Смирнова А.Ф., кафедра офтальмологии) доклад «Офтальмологические заболевания и кожный зуд»; Небесная Л.В. (Центр лабораторной медицины Био-лайн) «Лабораторные маркеры кожного зуда», д. мед.н. доц. Киосева Е.В.(кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии) «Психотерапевтические стратегии при стресс-индуцированном зуде», к. мед. н. Милус И.Е.(Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Эрбиевый лазер и перспективы его использования в дерматологии», асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности ухода за кожей при атопическом дерматите – контроль зуда и рецидивов дерматоза», асс. к. мед. н. Провизион А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Псориаз и метаболические нарушения: механизмы сухости и зуда при псориатической коже», асс. Хавана Т.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Зуд кожи при беременности».

троля атопического воспаления в коже», доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии) «Особенности атопического дерматита у детей при ферментопатиях различного генеза»; проф. Домашенко О. Н., асс. Гридасова В.А. (кафедра инфекционных болезней) «Инфекционные эритемы у детей и взрослых»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Евтушенко В.А. (кафедра офтальмологии) «Офтальмологические изменения при атопической аллергии»; Небесной Л.В.



(Центр лабораторной медицины Био-лайн) «Лабораторные возможности выявления персонифицированной аллергии»; д. мед.н. доц. Киосевой Е.В., доц. Пацканя И.И., доц. Бешуля О.А., асс. Киосева Н.В. (кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии; анатомии и патологической физиологии) «Превентивные психотерапевтические стратегии при хронических дерматозах»; к. мед. н. Милус И.Е. (Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ

ДНР) «Немедикаментозные способы коррекции постакне у лиц с atopическим анамнезом»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Возможности узкополосной фототерапии в контроле atopического дерматита»; асс. к. мед. н. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Озонотерапия в лечении аллергических заболеваний кожи»; Белой К.О. (аптека №122, г. Донецк) «Экстемпоральные препараты в дерматологической практике».

10 апреля 2019 г. на конференция по теме *«Междисциплинарный подход к менеджменту новообразований кожи»* присутствовало 66 врачей из 6 городов ДНР. Были заслушаны и обсуждены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Иммунобиологический контроль за опухолевым ростом в коже и возможности предупреждения пролифераций различного генеза»; проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Саркома Капоши: гендерные и клинические особенности при ВИЧ-ассоциированной и классической формах»; доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких

Н.А. (кафедра педиатрии) «Алгоритм ведения детей с гемангиомами раннего детского возраста»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Опыт лечения гемангиом век у детей»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Пигментсодержащие невусы и новообразования глаз»; Небесной Л.В. (Центр лабораторной медицины Био-лайн) «Лабораторные возможности выявления персонифицированной аллергии»; проф. Абрамова В.А., проф. Ряполовой Т.Л., асс. Бойченко А.А. (кафедра психиатрии) «Медико-психологические аспекты комплайенса в работе с больными дерматологи-



ческой онкопатологией»; доц. Стуликовой Е.Л. (кафедра терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка) «Подходы к рациональному питанию при метаболических нарушениях»; к. мед. н. Милус И.Е. (Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Осложнения лазерных технологий при лечении дерматозов и эстетической коррекции»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии)

12 июня 2019 г. на конференция по теме **«Репродуктивное и сексуальное здоровье и ИППП»** присутствовало 56 врачей из 4 городов ДНР, в том числе дерматовенерологи, акушергинекологи, семейные врачи, педиатры, урологи, сексопатологи. Были заслушаны и обсуждены доклады проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Пирамида ИППП и ВПЧ-индуцированные пролиферации кожи и слизистых: лечебно-профилактическая тактика и актуальные вопросы междисциплинарного взаимодействия»; доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии) «Здоровье ребенка и матери и внутриутробные инфекции»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Поражения глаз при ИППП»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Хламидийное поражение глаз»; Небесной Л.В. (Центр лабораторной медицины Биолайн) «Алгоритм обследования при подо-

«Возможности витамина Д в укреплении барьерных свойств кожи и повышении эффективности лечения хронических дерматозов»; асс. к. мед. н. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Себорейный кератоз, ассоциированный с ВПЧ-инфекцией и инсулинорезистентность»; Белой К.О. (аптека №122) «Топические экстемпоральные средства в лечение и профилактики дерматозов».

зрении на хламидиоз, уреоплазмоз и урогенитальный кандидоз»; к.мед.н. Золото Е.В. (НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи) «Актуальные вопросы сохранения репродуктивного здоровья подростков»; доц. Гнилицкой В.Б., доц. Стуликовой Е.Л. (кафедра терапии ФИПО им. проф. А.И. Дядыка) «Гендерные особенности питания при нарушениях репродуктивного и сексуального здоровья»; проф. Ряполовой Т.Л., асс. Бойченко А.А. (кафедра психиатрии) «Медико-психологические аспекты комплайенса в работе с пациентами с ИППП»; к. мед. н. Милус И.Е. (Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР) «Возможности лазерных технологий в этапном лечении ВПЧ-индуцированных пролифераций»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Контагиозный моллюск у детей, подростков и взрослых»; асс. к. мед. н. Провизион А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Репродуктивное здоровье у мужчин и псориаз».

31 мая 2019 г. состоялся III Международный междисциплинарный симпозиум «*Anti-age в рамках эстетической медицины*», участниками которого были 156 врачей различных специальностей (дерматовенерологи, акушергинекологи, хирурги, онкологи, семейные врачи, терапевты и др.) из 4 стран (России, Белоруссии, Донецкой и Луганской Народных Республик). С приветственным словом открыла симпозиум министр здравоохранения ДНР проф. Долгошапко О. Н. Программа конференции включала доклады ведущих специалистов по актуальным вопросам эстетической медицины на стыке специальностей, в т.ч.: «Правовые аспекты работы в области медицинской косметологии и пластической хирургии в ДНР и РФ» (проф. Проценко Т.В., проф. Фисталь Э.Я., проф. Волошин Р.Н.; ДНР, РФ); «Возрастные изменения гормонального фона женщины и возможности сохранения соматического и эстетического здоровья» (проф. Долгошапко О.Н., к.мед.н. Золото Е.В., ДНР); «Эстетические маски ВИЧ-инфекции» (проф. Проценко О.А., Боряк С.А., ДНР); «Лазерные технологии в эстетической медицине» (проф. Волошин Р.Н., Ростов, РФ); «Возможности УЗИ-диагностики осложнений и прогнозирования эффективности инвазивных вмешательств в косметологии» (доц. Безуглый А.П., Москва, РФ); «Объективный мониторинг эффективности физиотерапевтических методов коррекции старения

27 июня 2019 г. в рамках реализации соглашения о сотрудничестве между Федеральным государственным бюджетным образовательным учреждением высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации и Государственной образовательной организацией высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» кафе-

кожи» (проф. Волошин Р.Н., Белков П.А., Ростов, Москва, РФ); «Опыт работы отделения пластической хирургии и трансплантации клеток ИНВХ им. В. К. Гусака» (проф. Фисталь Н.Н., Меркулов Д.С., ДНР); «Особенности комбинированной коррекции возрастных изменений кожи у женщин 35+» (доц. Крук Н. И., Минск, Белоруссия); «Эстетические аспекты старения глаза» (доц. Смирнова А.Ф., доц. Голубов К.Э., доц. Котлубей Г.В., ДНР); «Sui generis врача как фактор комплайенса в практике эстетической медицины» (д.мед.н. Киосева Е.В., доц. Пацкань И.И., асс. Киосев Н.В., ДНР); «Биоактивная концепция восстановления твердых тканей зубов» (доц. Грицкевич Н.Ю., ДНР); «Хирургические и терапевтические возможности 3D моделирования лица» (проф. Жуков М.И., ДНР); «Особенности клинической картины дерматитов от косметики в зависимости от локализаций на лице» (доц. Провизион Л.Н., ДНР); «Пищевое поведение как важный фактор anti-age стратегий» (доц. Гнилицкая В.Б., доц. Стуликова Е.Л., ДНР); «Лазерные технологии в коррекции эстетических проблем» (к.мед.н. Милус И.Е., Адриковский Д.А., Проценко О.И., ДНР); «Лабораторные маркеры биологического возраста» (Небесная Л.В., ДНР); «Возможности гомеопатической коррекции возрастных изменений лица» (Качанова Е.В., ДНР); «Живопись как атлас клинической дерматологии» (к.мед.н. Провизион А.Н., ДНР).

драми пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, дерматовенерологии и косметологии ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, обществом косметологов Южного Региона в г. Ростове-на-Дону была проведена межрегиональная конференция с международным участием на тему: «*Старение: мультидисциплинарный профессиональный врачебный подход к коррекции возраст-*



ных изменений». Были заслушаны и обсуждены 9 докладов, в т.ч. проф. Волошина Р.Н., Девликановой Е.Э. (Ростов-на-Дону) «Кафедра пластической реконструктивной хирургии, косметологии и регенеративной медицины – основные направления и программы обучения по направлению anti-age терапии»; проф. Терентьева В.П., Гасанова М.З. (Ростов-на-Дону) «Особенности ведения коморбидных пациентов в пожилом и старческом возрасте»; проф. Проценко Т.В. (Донецк, Украина, ДНР) «Акне tarda: междисциплинарный взгляд на проблему»; проф. Михельсона А.Ф., Лебеденко Е.Ю., Михельсона А.А. (Ростов-на-Дону) «Подходы к терапии генитоуринарного менопаузального синдрома»; Качановой Е.В.

(Донецк, Украина, ДНР) «Возможности мезотерапевтической коррекции возрастных изменений лица. «Биоконтур» - гарантированная подтяжка овала лица»; асс. Бычкова И.Н. (Ростов-на-Дону) «Диетологические подходы в коррекции возрастных изменений кожи»; проф. Катхановой О.А. (Ростов-на-Дону) «Место топической терапии в комплексной коррекции возрастных изменений кожи»; доц. Безуглого А.П., проф. Неласова Н.Ю., Девликановой Е.Э., Белкова П.А. (Москва, Ростов-на-Дону) «УЗД в дерматологии и косметологии»; Литвиновой И.В., Девликановой Е.Э. (Ростов-на-Дону) «Хирургическая коррекция возрастных изменений лица».

Материал подготовила
проф. Проценко Т.В.

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.