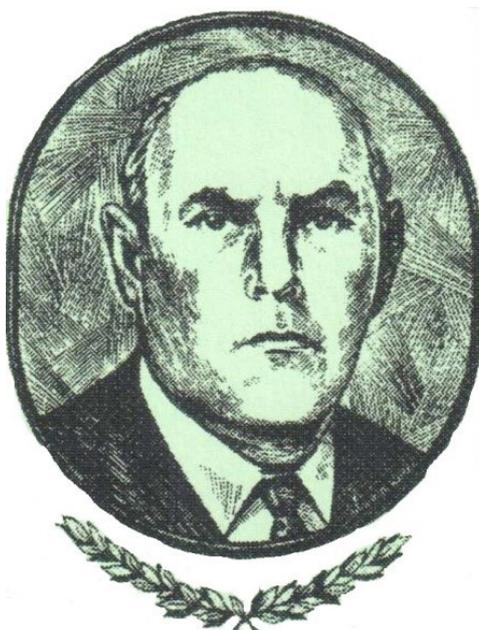


**Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»**



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

2020 № 2 (28)

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 №2 от 26.03.2020 г.

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

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

Свидетельство о регистрации средства массовой информации:

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Горбенко Ал.С. Клинико-патопсихологические особенности больных аллергодерматозами, проживающих в зоне локального конфликта	8
Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А. Связь концентрации интерлейкина -5 с уровнями общего IgE и специфического IgE к лимону у лиц, страдающих пищевой аллергией.....	18
Проценко О.А. ВИЧ-ассоциированные дерматозы: гендерные эпидемиологические и клинические особенности	24
Проценко Т.В., Моногарова Н.Е., Провизион А.Н., Семендяева Е.В. Особенности клиники себорейного кератоза у больных с ХОБЛ	30

ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Гаруст Ю.В. Янтарная кислота и возможности ее применения при хронических дерматозах	36
Краснощёких А.А. Дерматологические индексы определения степени тяжести розацеа	40

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Бодня Т.О., Лыгина Ю.А., Бевза Я.В., Андреев Р.Н., Зятьева А.П. Основные характеристики эпидемического процесса краснушной инфекции в г. Донецке в 2014-2018 гг	48
Коцюрба А.Р., Максимова М.А., Жадан Е.С., Лыгина Ю.А., Зятьева А.П. Особенности динамики заболеваемости корью в крупном промышленном городе и актуальные направления ее профилактики	51
Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Бодня Т.О., Бевза Я.В., Зятьева А.П. Динамика заболеваемости и особенности профилактики ветряной оспы в г. Донецке в 2012-2019 гг	55
Максимова М.А., Коцюрба А.Р., Жадан Е.С., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н. Основные характеристики эпидемиологии, диагностики и профилактики болезни Лайма в крупных городах Донецкой Народной Республики в 2018-2019 годах	60
Онопrienко Н.В., Чайковская И.В. «Витрум Энерджи» в комплексном лечении хронического генерализованного пародонтита и заболеваний слизистой оболочки полости рта у ликвидаторов аварии на ЧАЭС	64
Провизион Л.Н., Зубаревская О.А. Случай развития буллезной формы фиксированной эритемы	71
Проценко Т.В., Провизион А.Н. Случай несвоевременной диагностики споротрихоза кожи	76

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Небесная Л.В. Современные особенности лабораторной диагностики синдрома целиакии	84
Милус И.Е. Актуальные вопросы лечебной тактики при патологических рубцах кожи	89

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Дубовая А.В., Науменко Ю.В. Дефицит и/или недостаточность витамина Д в эстетических проблемах кожи	93
Иванова И.П., Романенко К.В., Давлеева М.Д., Белик И.Е. Современные лазерные технологии в практике врача-дерматокосметолога и стоматолога	97

ТЕЗИСЫ IV МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО ANTI-AGE СИМПОЗИУМА С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

Абрамова В.Ю. Дерматоскопическая и высокочастотная оценка эффективности лечения инфантильных гемангиом в области лица	104
Боряк С.А. Клиническая и эстетическая значимость дефицита витамина D в дерматологии	105
Гаруст Ю.В. Особенности коморбидной патологии у больных хроническими дерматозами	106
Горбенко Ал.С. Поражение лица при аллергодерматозах	107

Содержание

Дубовая А.В., Науменко Ю.В. Дефицит витамина Д в эстетических проблемах кожи у детей с эссенциальной гипертензией	108
Калиниченко О.В. Поражения кожи лица при нейрофиброматозе. Особенности проявлений и лечебной тактики	109
Киосев Н.В. Патологические аспекты повышения адаптационных возможностей будущего врача – специалиста	110
Кольчик А.Ю., Качанова Е.В. Эффективность гомеопатической коррекции андрогенетической алопеции	111
Коханевич А.И. Поражение кожи лица при ограниченной склеродермии (по результатам анализа 80 клинических наблюдений)	112
Кравец Д.Г. Клинические особенности плоских ксантом на лице и лечебная тактика	113
Краснощёких А.А. Возможности дерматоскопии в оценке степени выраженности эритемы лица	114
Кузнецова В.Г. Современные возможности лабораторной диагностики гиперандрогенных дерматопатий	115
Лесниченко Д.А. Интенсивность поражения кожных покровов и уровень секреторного IgA при атопическом дерматите	116
Мехова Г. А., Проценко О.И. Оценка осведомленности девушек о влиянии поведенческих паттернов на эстетические проявления здоровья	117
Новикова В.О., Калиниченко О.С., Кравец Д.Г., Передереева Т.С., Поплавская С.Н. Оценка осведомленности женщин о влиянии образа жизни на эстетическое здоровье	118
Передереева Т.С. Особенности поражения кожи лица при мастоцитозе и лечебная тактика	119
Поплавская С. Н. Поражения кожи лица при дерматомиозите: особенности проявлений и лечебной тактики	121
Попова О.В. Гемиатрофия лица ромберга: особенности проявления и лечебной тактики	122
Прилуцкая О.А. Поражения кожи и слизистых при аутоиммунном полиэндокринном синдроме I типа	123
Прилуцкий А.С. Миминошвили В.Р. Контактный дерматит рук как следствие применения многократной гигиенической обработки и антисептиков при профилактике COVID-19	124
Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е. Риск развития аллергических реакций на различные сорта яблока ..	126
Проценко О.А., Проценко Т.В., Волошин Р.Н., Лукьянченко Е.Н. Особенности подготовки врача-специалиста, практикующего в медицинской косметологии	127
Седаков И.Е., Волошин Р.Н., Светицкий А.П. Заболеваемость населения и особенности лечения базальноклеточного рака кожи различных локализаций в ростовской области	128
Седаков И.Е., Калиновский Д.К., Логунов П.В. Случай ранней диагностики и лечения меланомы кожи лица	130
Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А., Проценко О.И. Возможности оценки устойчивости кожи к эпигенетическим факторам	132
Тахташов И.Р. Поражение кожи лица при заразных формах сифилиса	133
ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ	134
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
Требования к оформлению статей	138
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание:	
Общие требования и правила составления	140

Contents

ORIGINAL RESEARCHES

Gorbenko Al. S. Clinical pathopsychological features of patients with allergodermatosis living in the zone of local conflict	8
Prilutskiy A.S., Lyhina Yu.A. The association of interleukin-5 concentrations and levels of total and specific Ig E to lemon in patients with food allergy	18
Protsenko O.A. HIV-associated dermatosis: gender epidemiological and clinical features	24
Protsenko T.V., Monogarova N.E., Provizion A.N., Semendyaeva E.V. Clinical features and course of seborrheic keratosis in patients with COPD	30

LITERATURE REVIEW

Garust Y.V. Succinic acid and possibilities of its application for chronic dermatosis	36
Krasnoshchekikh A.A. Dermatological indexes for determining the severity of rosacea	40

CLINICAL CASES FROM PRACTICE OBSERVATIONS

Bodnya T.O., Lygina Yu.A., Bevza Ya.V., Andreev R.N., Zyatieva A.P. Basic characteristics of the epidemic process of rubella infection in the city of Donetsk in 2014-2018	48
Kotsyurba A.R., Maksimova M.A., Zhadan E.S., Lygina Yu.A., Zyatieva A.P. Peculiarities of dynamics of measles incidence in large industrial city and actual directions of its prevention	51
Lygina Yu.A., Andreev R.N., Bodnya T.O., Bevza Ya.V., Zyatieva A.P. Dynamics of morbidity and prevention features of chickenpox in Donetsk in 2012-2018	55
Maksimova M.A., Kotsyurba A.R., Zhadan E.S., Lygina Yu.A., Andreev R.N. Basic characteristics of epidemiology, diagnostics and prevention of Lyme disease in the territory of the Donetsk people's republic in 2019	60
Onoprienko N.V., Tchaikovskaya I.V. «Vitrum energy» in integrated treatment of chronic generalized periodontitis and diseases of the mucous membrane of the oral cavity in the Chernobyl accident liquidators	64
Provizion L.N., Zubarevskaya O.A. The case of development of a bulleitic form of fixed erythema	71
Protsenko T.V., Provizion A.N. Case of untimely diagnosis of sporotrichosis	76

FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

Nebesnaya L.V. Features of the modern laboratory diagnostics of the celiac syndrome	84
Milus I.E. Topical issues of treatment tactics in pathological skin scars	89

PROBLEMS OF MEDICAL COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

Dubovaya A.V., Naumenko Yu.V. Deficiency and / or failure of vitamin d in aesthetic problems of skin	93
Ivanova I.P., Romanenko K.V., Davlyeyeva M.D., Belik I.E. Modern laser technologies in dermatometopatological and dental practice	97

THESES IV INTERNATIONAL DISCIPLINARY ANTI-AGE SYMPOSIUM WITH INTERNATIONAL PARTICIPATION

Abramova V.Yu. Dermatoscopic and high frequency evaluation of effectiveness of treatment of infantile hemangiomas in the face area	104
Boryak S.A. Clinical and aesthetic significance vitamin d deficiency in dermatology	105
Garust Yu.V. Features of comorbid pathology in patients with chronic dermatosis	106
Gorbenko Al.S. Facial injection with allergodermatosis	107
Dubovaya A.V., Naumenko Yu.V. Vitamin d deficiency in aesthetic problems of skin in children with essential hypertension.....	108

Contents

Kalinichenko O.V. Face skin disorders in neurofibromatosis. Features of manifestations and therapy tactics	109
Kyosev N.V. Pathophysiological aspects of increasing adaptation opportunities of a future doctor – specialist	110
Kolchik A.Yu., Kachanova E.V. Effectiveness of homeopathic correction of androgenetic alopecia	111
Kokhanovich A.I. Facial skin injury with limited scleroderma (by results of analysis of 80 clinical observations)	112
Kravets D.G. Clinical features of flat xants on the face and therapeutic tactics	113
Krasnoshchekikh A.A. Possibilities of dermatoscopy in the assessment of the degree of expression of face erythema	114
Kuznetsova V.G. Modern opportunities of laboratory diagnostics of hyperandrogenic dermatopathies	115
Lesnichenko D.A. Skin injection intensity and secretory Ig A level in atopic dermatitis	116
Mekhova G.A., Protsenko O.I. Evaluation of girls 'awareness about the influence of behavioral patterns on aesthetic health manifestations	117
Novikova V.O., Kalinichenko O.S., Kravets D.G. , Peredereeva T.S., Poplavskaya S.N. Evaluation of women's awareness on the influence of lifestyle on aesthetic health	118
Peredereeva T.S. Features of face skin injuries in mastocytosis and therapeutic tactics	119
Poplavskaya S.N. Facial skin disorders in dermatomyositis: features of manifestations and treatment tactics	121
Popova O.V. Romberg's hematrophy of the face: features of manifestation and therapy tactics	122
Prilutskaya O.A. Skin and mucosal lesions in autoimmune polyendocrine syndrome, type 1	123
Prilutsky A.S. Miminoshvili V.R. Contact hand dermatitis as a result of the application of repeated hygienic treatment and antiseptics in COVID-19 prevention	124
Prilutsky A.S., Tkachenko K.E. Risk of allergic reactions development on various apple varieties	125
Protsenko O.A., Protsenko T.V., Voloshin R.N., Lukyanchenko E.N. Features of training a practice doctor in medical cosmetology	127
Sedakov I.E., Voloshin R.N., Svetitsky A.P. The morbidity of population and features of treatment of basal cell cancer of skin of various localizations in the Rostov region	128
Sedakov I.E., Kalinovskiy D.K., Logunov P.V. Case of early diagnosis and treatment of facial skin melanoma	130
Stepanova M.G., Mekhova L.S., Mekhova G.A., Protsenko O.I. Possibilities for evaluating skin resistance to epigenetic factors	132
Takhtashov I.R. Face skin injection in infectious forms of syphilis	133
FOLLOWING CONFERENCES	134
INFORMATION FOR AUTHORS	
Requirements for the design of articles	138
Examples of the list of references. Interstate standard (GOST 7.1 – 2003). Bibliographic record. Bibliographical description: General requirements and rules compilation	140

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Представляемый номер журнала выходит в непростое для всех нас время – время пандемии инфекции, которая оказалась серьезным испытанием для всех нас. Это время дистанционного обучения и образования, это время познания новой патологии, при которой поражения кожи стали привлекать внимание сталкивающихся с ней специалистов. Первые появившиеся публикации и клинические атласы в режиме on line показывают, с одной стороны, многообразие кожной патологии, с другой стороны, позволяют проводить некоторые параллели с поражениями кожи при других системных вирусных инфекциях, в частности ВИЧ/СПИДе.

Это лишний раз подтверждает необходимость знания основ кожной патологии врачами различных клинических специальностей, развития умений «читать» кожу и понимать процессы, происходящие в ней врачами дерматовенерологами, совершенствования междисциплинарного взаимодействия при персонализированном ведении и лечении конкретного больного.

Клинический опыт и наблюдения из практики, анализ собственных результатов исследования и лечения, умение обобщать и выделять значимые диагностические и терапевтические признаки, желание и способность делиться знаниями – это те признаки профессионального роста, которые характеризуют зрелого врача-специалиста и совершенствованию которого посвящены представленные в номере работы.

Мастерству врачевания учатся всю профессиональную жизнь: в университете и клиниках, на собственном опыте, чужих и своих ошибках, в общении с коллегами, получая информацию из профессиональных журналов, конференций, конгрессов и съездов.

Мы 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.

КЛИНИКО-ПАТОПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ ЛОКАЛЬНОГО КОНФЛИКТА

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

Резюме

Цель - изучить клинико-патофизиологические особенности больных аллергодерматозами, проживающими длительное время в зоне локального конфликта.

Материалы и методы. Выраженность психопатологических нарушений определяли у 194 человек, проживающих в зоне локального конфликта, разделенных на 2 группы: 1 группа – 164 больных с аллергодерматозами; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии. Контрольными были нормативные показатели, полученные ранее у лиц, не страдающих дерматологической патологией и не проживающих в зоне локального конфликта. Использовали 6 специальных опросников: SCL-90-R, САН, Шкалу удовлетворенностью жизни, Шкалы госпитальной тревоги и депрессии, опросники Спилбергера-Ханина и Вейна.

Результаты. Установлено, что наиболее выраженные изменения выявлены по показателям фобической и ситуативной тревожности, соматизации, общего индекса тяжести симптомов, индекса симптоматического дистресса. Выявлено, что 67,7% больных аллергодерматозами оценивали свое состояние как неблагоприятное; 50,9% больных оценивали качество жизни как неудовлетворительное; у 50,9% больных установлена клинически выраженная тревога, у 49,1% больных - клинически выраженная депрессия; у 43,9% больных - высокий уровень ситуативной тревожности и у 48,3% больных – высокий уровень личностной тревожности. У 75,4% - выраженная вегетативная дисфункция.

Выводы. Выявленные изменения обосновывают целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов седации в комплексном лечении больных аллергодерматозами, проживающих в зоне локального конфликта.

Ключевые слова: *аллергодерматозы, психопатологические особенности больных.*

Известно, что длительные стрессогенные воздействия способствуют формированию невротических состояний, способных влиять на развитие и течение соматической патологии [1,3,7,8]. Однако лишь единичные работы посвящены исследованию влияния хронического стресса на заболевания кожи и изменения личностных особенностей больных дерматозами [2,3].

Цель работы – изучить клинико-патофизиологические особенности больных аллергодерматозами (АлД), проживающими длительное время в зоне локального конфликта (ЗЛК) и подвергающихся вследствие этого длительным стрессогенным воздействиям.

Материалы и методы

Исследование проведено у 194 человек, проживающих в ЗЛК, разделенных на 2 груп-

пы: 1 группа – 164 больных с АД, проживающих в ЗЛК; 2 группа – 30 человек без дерматологической патологии, проживающих в аналогичных условиях. Контрольными были нормативные показатели, полученные ранее у лиц, не страдающих дерматологической патологией и не проживающих в ЗЛК, по данным лаборатории психологии посттравматического стресса и психотерапии Института психологии Российской Академии наук [7,8].

Выраженность психопатологических нарушений определяли с помощью 6 специальных опросников, в т.ч. SCL-90-R (для определения выраженности психопатологической симптоматики), опросника САН (для определения текущего уровня самочувствия, активности и настроения); Шкалы удовлетворённостью жизни (ШУДЖ); Шкалы госпитальной тревоги и депрессии - HADS (The Hospital Anxiety and Depression Scale); опросника Спилбергера-Ханина (с целью определения уровня тревожности); опросника Вейна (для определения уровня вегетативной дисфункции) [7,8].

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов осуществлялись в электронных таблицах Microsoft Office Excel 2016. Статистический анализ проводили с использованием программы STATISTICA 10.0 (разработчик – Stat Soft. Inc).

Результаты и их обсуждение

При определении уровня текущего психологического состояния и выраженности психопатологических симптомов с помощью опросника SCL-90-R, установлено, что наиболее выраженные изменения из 9 изучаемых выявлены по 6 показателям: фобической тревожности (PHOB), соматизации (SOM), общего индекса тяжести симптомов (GSI), индекса симптоматического дистресса (PSDI), общего числа утвердительных ответов (PST), тревожности (ANX) (табл. 1).

Показатели по шкале PHOB у больных АД, проживающих в ЗЛК (1 группа) в 2,5 раза превышали нормативные показатели ($0,46 \pm 0,09$ и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно) и были в 1,5 раз выше показателей лиц без дерматологической патологии, проживающих в той же зоне (2 группа) - $0,46 \pm 0,09$ и $0,36 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). Следует отметить, что показатели PHOB у лиц 2 группы также в 2 раза превышали нормативные показатели - $0,36 \pm 0,04$ балла и $0,18 \pm 0,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$). Ранее проведенными исследованиями было показано, что повышение уровня фобической тревожности свидетельствует о широком спектре неспецифических психогенных реакций, основу которых составляет страх различной интенсивности в отношении событий и ситуаций [8], в т.ч., не исключено, своего дерматологического заболевания. Было доказано, что фобическая тревожность всегда сопровождается вегетодистонической симптоматикой [5,8], которая, в свою очередь, может влиять на морфофункциональные и микроциркуляторные изменения кожи, сосудисто-экссудативный компонент сыпи, проявляться особенностями дермографизма, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях у больных АД.

Второй по степени выраженности нарушенным был показатель соматизации (SOM), который у больных 1 группы в 1,6 раза превышал нормативные значения - $0,71 \pm 0,04$ балла и $0,44 \pm 0,03$ баллов, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,2 раза был выше показателей лиц 2 группы - $0,71 \pm 0,04$ балла и $0,60 \pm 0,04$ балла, соответственно. Показатель SOM у лиц 2 группы также в 1,3 раза превышал нормативные значения ($0,60 \pm 0,04$ баллов и $0,44 \pm 0,03$ баллов, соответственно, $p < 0,05$). Показатель SOM отражает дистресс и является соматическим эквивалентом тревожности, сопровождает разнообразные соматовегетативные нарушения: кардиоваскулярные, гастроинтестинальные, респираторные и др. [8], даже при отсутствии органической патологии [3] и может отражать

Таблица 1

**Показатели выраженности психопатологической симптоматики
в группах сравнения, в баллах
(M± m; Me; Min – Max)**

Показатели	Группа 1 n=164	Группа 2 n=30	Нормативные показатели
Соматизация SOM	0,71±0,04 Me=0,69 (0,16-2,3)	0,60±0,04 Me=0,58 (0,00-2,58)	0,44±0,03*
Обсессивность- компульсивность OC	0,77±0,09 Me=0,75 (0,10-2,00)	0,74±0,04 Me=0,70 (0,00-2,70)	0,75±0,04
Межличностная сензитивность INT	0,82±0,04 ** Me=0,77 (0,11-2,33)	0,75±0,04 ** Me=0,67 (0,00-2,33)	0,66±0,03*
Депрессия DEP	0,76±0,09 ** Me=0,69 (0,00-5,70)	0,70±0,05 ** Me=0,66 (0,00-5,70)	0,62±0,04*
Тревожность ANX	0,73±0,12 ** Me=0,50 (0,10-2,9)	0,61±0,04 ** Me=0,49 (0,00-2,80)	0,47±0,03*
Враждебность HOS	0,63±0,08 Me=0,58 (0,00-2,80)	0,61±0,03 Me=0,50 (0,00-2,00)	0,60±0,04
Фобическая тревожность PHOB	0,46±0,09 ** Me=0,35 (0,00-2,14)	0,36±0,04 ** Me=0,26 (0,00-2,28)	0,18±0,02*
Паранойяльные тенденции PAR	0,57±0,12 Me=0,52 (0,00-1,50)	0,56±0,04 Me=0,47 (0,00-1,33)	0,54±0,04
Психотизм PSY	0,35±0,07 Me=0,30 (0,00-1,40)	0,31±0,02 Me=0,20 (0,00-1,80)	0,30±0,03
Общий индекс тяжести симптомов GSI	0,83±0,17** Me=0,61 (0,07-20,00)	0,62±0,48** Me=0,51 (0,03-20,0)	0,51±0,02*
Позитивный симпто- матический индекс PSI	41,4±3,23 Me=42,5 (7,00-81,00)	38,9±1,3 Me=29,5 (0,70-71,0)	21,39±2,02*
Симптоматический дистресс PSDI	1,32±0,08 ** Me=1,3 (0,03-2,24)	1,26±0,04 ** Me=1,26 (0,01-3,6)	1,17±0,05*

Примечание:

* – уровень статистической значимости различий между всеми обследованными и нормативными значениями на уровне $p < 0,05$.

** – уровень статистической значимости различий между 1 группой и 2 группой на уровне $p < 0,05$.

соматический дерматологический дистресс у больных АД, что также нужно учитывать при разработке программ лечения и реабилитации больных. Можно предположить, что выявленные изменения у больных 1 группы отражали дерматологический и соматический дистресс, а у лиц 2 группы - отражали состояние общего соматического дискомфорта.

Особый интерес представляет анализ 3-х обобщенных индексов дистресса в SCL-90-R: общего индекса тяжести симптомов (GSI); индекса наличного симптоматического дистресса (PSDI); общего числа утвердительных ответов (PST), которые у больных АД (1 группа), достоверно превышали показатели лиц без дерматологической патологии (2 группа) и были существенно выше нормативных показателей (табл. 1). Так, общий индекс тяжести симптомов (GSI) в 1 группе был в 1,6 раз выше нормативных показателей - $0,83 \pm 0,17$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,3 раза больше показателей лиц 2 группы - $0,83 \pm 0,17$ и $0,62 \pm 0,48$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). Во 2 группе показатель GSI также в 1,2 раза был выше нормативных значений ($0,62 \pm 0,48$ балла и $0,51 \pm 0,02$ балла, соответственно, $p < 0,05$).

GSI является индикатором текущего состояния и глубины расстройства, который, в комбинации с PSDI и PST [7], отражает интенсивность переживаемого дистресса и может быть индикатором реагирования больного на свое дерматологическое состояние. Повышение индекса GSI у больных АД, в сравнение с показателями лиц 2 группы и с нормативными показателями, свидетельствовал о том, что больные АД проживающие в ЗЛК, находятся в состоянии более выраженного психоэмоционального стресса [5,8], что обосновывает применение седативных воздействий при лечении этих больных. Целесообразность такого подхода подтверждалась и повышенными показателями индекса симптоматического дистресса (PSDI), которые у больных 1 группы были выше показателей лиц 2 группы - $1,32 \pm 0,08$

балла, $1,26 \pm 0,04$ балла, соответственно и в обеих группах были выше нормативных показателей - $1,17 \pm 0,05$ балла ($p < 0,05$).

Аналогичная тенденция была отмечена и по индексу общего числа утвердительных ответов (PST), который у больных 1 группы в 1,9 раз превышал нормативные показатели - $41,4 \pm 3,23$ балла и $21,39 \pm 2,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и был выше, чем у лиц 2 группы - $41,4 \pm 3,23$ балла и $38,9 \pm 1,3$ баллов соответственно ($p = 0,21$). Следует отметить, что у лиц 2 группы он также был в 1,8 раз выше нормативных значений - $38,9 \pm 1,3$ баллов и $21,39 \pm 2,02$ балла, соответственно ($p < 0,05$) (табл. 1).

Анализ трех обобщенных индексов дистресса полезен в оценке не только выраженности клинических симптомов АД, но и в обосновании коррекции стандартной терапии таких больных и обосновывает применение медикаментозных и немедикаментозных способов седации.

Показатели по шкале тревожности (ANX) в 1 группе в 1,5 раза превышали нормативные значения - $0,73 \pm 0,12$ балла и $0,47 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и в 1,2 раза были выше показателей лиц 2 группы - $0,73 \pm 0,12$ балла и $0,61 \pm 0,04$ балла соответственно ($p < 0,05$). В тоже время показатели ANX у лиц 2 группы в 1,3 раза превышали нормативные значения ($0,61 \pm 0,04$ баллов и $0,47 \pm 0,03$ баллов, соответственно, $p < 0,05$). Выявленные изменения расценивают как высокий уровень манифестации тревожности и раздражительности [5,7], что можно оказывать влияние на выраженность симптомов АД, их течение и ответную реакцию на терапию.

Показатели межличностной сензитивности (INT) у больных 1 группы в 1,2 раза были выше нормативных значений - $0,82 \pm 0,11$ балла и $0,66 \pm 0,03$ балла, соответственно ($p < 0,05$) и выше показателей лиц 2 группы - $0,82 \pm 0,11$ и $0,75 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$). Во 2 группе этот показатель также в 1,1 раза превышал нормативные значения ($0,75 \pm 0,04$ и $0,66 \pm 0,03$ баллов, соответственно). Известно, что показатель

INT отражает чувства личностной неадекватности и неполноценности, особенно в сравнении с другими лицами [7]. В наших наблюдениях это особенно подтверждалось выраженностью клинических проявлений АД, нарушающие нередко межличностные взаимодействия.

Показатели депрессии (DEP) в 1 группе в 1,2 раза превышали нормативные значения - $0,76 \pm 0,09$ и $0,62 \pm 0,04$ баллов, соответственно ($p < 0,05$) и были несколько выше показателей лиц 2 группы - $0,76 \pm 0,09$ балла и $0,70 \pm 0,05$ балла соответственно ($p < 0,05$). Во 2 группе показатель DEP в 1,1 раза был выше нормативных значений - $0,70 \pm 0,05$ и $0,62 \pm 0,04$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Симптомы этого расстройства отражают широкую область проявлений клинической депрессии, могут отражать сниженную мотивацию у больных АД к выполнению терапевтических рекомендаций.

Показатель психотизма (PSY) у больных АД (1 группа) был в 1,2 раза выше нормативных значений - $0,35 \pm 0,07$ и $0,30 \pm 0,03$ баллов соответственно ($p < 0,05$) и в несколько выше показателей лиц 2 группы - $0,35 \pm 0,07$ и $0,31 \pm 0,02$ баллов соответственно ($p < 0,05$). Этот показатель, возможно, отражает особенность межличностной изоляции больных АД, их трудно преодолеваемые переживания в отношении видимых изменений на коже.

Менее выраженными, но присутствующими в сравниваемых группах, были изменения и по другим показателям. Так, показатель обсессивности-компульсивности (OC), отражающий непрерывность переживаний пациента, у больных 1 группы был выше нормативных показателей и выше показателей лиц 2 группы - $0,77 \pm 0,04$ балла; $0,75 \pm 0,04$ балла; $0,74 \pm 0,04$ баллов соответственно ($p = 0,99$).

Показатель паранойяльности (PAR), отражающий иллюзорное восприятие своего состояния, возможно, чувства страха перед дерматозом, также был несколько выше у больных 1 группы, в сравнении со 2 группой и нормативными показателями:

$0,57 \pm 0,12$ балла, $0,56 \pm 0,04$ балла и $0,54 \pm 0,04$ балла, соответственно ($p = 0,30$)

Показатель враждебности (HOS), отражающий проявления негативного аффективного состояния, у больных 1 группы превышал показатели лиц 2 группы - $0,63 \pm 0,08$ и $0,61 \pm 0,03$ баллов, соответственно ($p = 0,24$) и в обеих группах был выше нормативных показателей $0,60 \pm 0,04$ балла (табл.1).

Таким образом, по всем показателям опросника SCL-90-R у больных АД выявлены выраженные проявления общего и симптоматического дистресса, обусловленные наличием АД. Выявленные изменения обосновывают целесообразность применения медикаментозных и немедикаментозных методов коррекции в комплексном лечении дерматозов.

При анализе результатов анкетирования по следующему опроснику – САН, отражающему дифференцированную самооценку функционального состояния, выявлена высокая степень разнообразия признаков психофункциональных характеристик обследуемых. Так, обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв $\min - \max$ от 2,5 до 5,8 баллов (табл. 2).

Установлено, что текущий уровень самочувствия, активности и настроения у больных АД был значительно ниже, чем средние нормативные показатели. Так, показатель самочувствия в 1,3 раза был ниже средних нормативных значений - $4,3 \pm 0,05$ балла и $5,4 \pm 0,03$ балла, соответственно; показатель активности также был ниже средних нормативных значений - $4,5 \pm 0,04$ балла и $5,0 \pm 0,01$ балла, соответственно; показатель настроения - в 1,2 раза ниже средних нормативных значений - $4,4 \pm 0,06$ балла и $5,1 \pm 0,02$ балла, соответственно (табл. 2).

Таким образом, обобщенный анализ всех показателей по опроснику САН выявил, что больные АД характеризовались высокой полиморфностью, имели сниженное функциональное состояние, что, безусловно, будет отражаться не только на течение дерматоза, но и на эффективности терапии.

Таблица 2

Показатели опросника САН в группах сравнения
($M \pm m$; Me; Min – Max)

Показатели, единицы измерения	Больные АлД n=127	Средние нормативные показатели
Самочувствие, баллы	4,3±0,05 Me=4,3 (2,5-5,7)	5,4±0,03
Активность, баллы	4,5±0,04 Me=4,5 (3,3-5,5)	5,0±0,01
Настроение, баллы	4,4±0,06 Me=4,4 (2,6-5,8)	5,1±0,02

Таблица 3

Количество больных АлД в зависимости от
ответов по опроснику САН (абс/%)

Показатели	До 4 баллов	4-5 баллов	Более 5
Самочувствия	86/67,7	15/11,8	26/20,5
Активность	82/64,6	16/12,6	29/22,8
Настроение	92/72,4	17/13,4	18/14,2

Учитывая высокий разрыв min – max при оценке психофункционального состояния больных (от 2,5 до 5,8 баллов), проведен анализ количества больных АлД в зависимости от результатов ответов по опроснику САН. Выявлено, что по показателю самочувствия свое состояние большая часть больных АлД – 86 (67,7%) оценивали как неблагоприятное (до 4 баллов), 15 (11,8%) больных – как минимально допустимый уровень (4-5 баллов) и лишь 26 (20,5%) больных - как удовлетворительное (более 5 баллов) (табл. 3).

По показателю активности отмечено, что 82 (64,6%) больных АлД оценивали свое состояние как неблагоприятное, 29 (22,8%) больных - как благоприятное и лишь 16 (12,6%) больных оценивали свое состояние как минимально допустимый уровень (4-5 баллов).

При анализе ответов по показателю настроения отмечено, что 92 (72,4%) больных расценили свое состояние как неблагоприятное, 18 (14,2%) больных АлД - как удовлетворительное и лишь 17 (13,4%) больных - как минимально допустимый уровень (4-5 баллов).

При анализе данных 3-го опросника - ШУДЖ установлено, что показатель удовлетворенности жизнью у больных АлД составил $21,4 \pm 0,5$ баллов, что отражало среднюю степень удовлетворенности качеством жизни, но при этом также обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв min – max от 7,0 до 26,0 баллов (табл. 4).

При анализе этого же показателя по количеству больных установлено, что 58 (50,9%) больных АлД оценивали свое качество жизни как неудовлетворитель-

Таблица 4

**Показатели по шкале ШУДЖ у больных АлД
(M± m; Me; Min – Max)**

Показатель	Больные АлД n=114
Шкала удовлетворенности жизни, баллы	21,4±0,5 Me=20,8 (7,0-26,0)

Таблица 5

**Количество больных АлД в зависимости от
ответов по показателям шкалы ШУДЖ (абс./%)**

Показатель	5-15 балла	15-25 балла	25-35 балла	Больные АлД
Шкала удовлетворенности жизнью	58/50,9	50/43,8	6/5,3	n=114

Таблица 6

**Показатели по опроснику HADS у больных АлД
(M± m; Me; Min – Max)**

Показатели	Больные, n=114
Шкала тревоги, баллы	8,5±0,3 Me=8,3 (2-19)
Шкала депрессии, баллы	8,7±0,3 Me=8,2 (1-14)

ное (5-15 баллов). Как среднее состояние качества жизни (15-25 баллов) оценивали свое состояние 50 (43,8%) больных и лишь 6 (5,3%) больных АлД оценивали свое качество жизни как высокое (25-35 баллов) (табл. 5).

При анализе показателей по 4-му опроснику - HADS выявлено, что у всех больных АлД были различной степени выраженности симптомы тревоги (по шкале тревоги) и депрессии (по шкале депрессии), которые также колебались в широком диапазоне: по шкале тревоги min – max от 2 до 19 баллов, по шкале депрессии min – max от 1 до 14 баллов (табл. 6).

При анализе количества больных по опроснику HADS по количеству больных выявлено, что у большей части - 58 (50,9%) больных установлена клинически выраженная тревога (11 и более баллов), субклинически выраженная тревога (8-10 баллов) была у 31 (27,2%) больных и лишь у 25 (21,9%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов тревоги (0-7 баллов) (табл. 7).

При анализе количества больных по шкале депрессии у 56 (49,1%) больных АлД обнаружена клинически выраженная депрессия (11 и более баллов), у 35 (30,7%) больных была выявлена субклинически вы-

Таблица 7

Количество больных АлД в зависимости от ответов по показателям опросника HADS (абс./%)

Показатели	Больные, n=114		
	0-7 баллов	8-10 баллов	11 и более баллов
Шкала тревоги	25/21,9	31/27,2	58/50,9
Шкала депрессии	23/20,2	35/30,7	56/49,1

Таблица 8

Показатели по тесту Спилберга-Ханина у больных АлД (M± m; Me; Min – Max)

Шкала	Больные, n=114
Шкала ситуативной тревожности, баллы	46,6±0,64 Me=46,3 (12-69)
Шкала личностной тревожности, баллы	46,8±0,65 Me=45,9 (14-68)

раженная депрессия (8-10 баллов) и лишь у 23 (20,2%) больных было отсутствие достоверно выраженных симптомов депрессии (0-7 баллов) (табл. 7).

Полученные данные, с одной стороны, могут быть результатом влияния хронического течения дерматоза на психо-функциональное состояние больного, с другой стороны, это может быть провоцирующим фактором рецидивирования АлД, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях. Другими словами, происходит формирование «патологического замкнутого круга», когда наличие хронического дерматоза приводит к повышению тревожности, невротизации и депрессии больного, а это, в свою очередь, является фактором рецидивирования АлД.

При анализе показателей по 5-му тесту Спилберга-Ханина установлено, что у всех больных АлД был высокий уровень тревожности по шкалам ШСТ (Шкала ситуативной тревожности) и ШЛТ (Шкала лич-

ностной тревожности) - 46,6±0,64 балла и 46,8±0,65 балла, соответственно. При этом также отмечен широкий диапазон стандартного отклонения и высокий разрыв min – max – от 12 до 69 баллов по ШСТ и от 14 до 68 баллов по ШЛТ (табл. 8).

При сопоставлении этих показателей с количеством обследуемых больных выявлено, что у 50 (43,9%) больных АлД был высокий уровень (45 и более баллов) ситуативной тревожности и у 55 (48,3%) больных АлД – высокий уровень личностной тревожности (45 и более баллов). Умеренная тревожность (31-44 балла) по ШСТ наблюдали у 33 (28,9%) больных, по ШЛТ - у 31 (27,2%) больных. Низкая тревожность (до 30 баллов) по ШСТ была у 31 (27,2%) больных, по ШЛТ - у 28 (24,5%) больных (табл. 9).

Повышенная личностная тревожность, возможно, является фоном, на котором развивается АлД и фоном, который в последующем может поддерживать рецидивирующее течение АлД. В тоже время

Таблица 9

Количество больных АлД в зависимости от ответов по показателям теста Спилбергера-Ханина (абс./%)

Показатели	Больные, n=114		
	До 30 баллов	31-44 балла	45 и более баллов
ШСТ	31/27,2	33/28,9	50/43,9
ШЛТ	28/24,5	31/27,2	55/48,3

Таблица 10

Оценка вегетативного статуса больных АлД по опроснику А.М.Вейна (M± m; Me; Min – Max)

Количество больных	n=114
Баллы	28,9±0,91 Me=19 (3-48)

Таблица 11

Количество больных в зависимости от балльной оценки вегетативного статуса (абс./%)

Опросник Вейн	До 15 баллов	Более 15 баллов
Больные АлД n=114	28/24,6	86/75,4

стрессовые ситуации, в которые попадают больные АлД, в свою очередь, приводят к психофизическому напряжению, дестабилизации работы вегетативной нервной системы и центральной нервной системы, что, в свою очередь, может приводить к рецидивированию АлД, тем самым поддерживает «порочный круг», который должен быть разорван при лечении больных.

По результатам опросника А.М.Вейна у всех больных АлД были выявлены различной степени выраженности при-знаки вегетативной дисфункции при этом диапазон разрыва min – max был от 3 до 48 баллов и в среднем составил 28,9±0,91 балла (табл. 10).

При определении количества больных АлД в зависимости от балльной оценки по опроснику А.М. Вейна, выявлено, что выраженная вегетативная дисфункция (более 15 баллов) была у 86 (75,4%) больных и лишь у 28 (24,6%) больных эти изменения были незначительны (до 15 баллов) (табл. 11).

Выводы

Проведенные комплексные исследования патопсихологических особенностей больных АлД выявили различной степени выраженности посттравматические стрессовые расстройства, которые должны быть учтены при проведении и планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Волошин, В.М. Посттравматическое стрессовое расстройство (клиника, динамика, течение и современные подходы к психофармакотерапии) [текст]: автореф. дис., доктора мед. наук. / В.М. Волошин. - М., 2004. - 49 с.
2. Вяткина, В.А. Посттравматические стрессовые состояния [текст] / В.А. Вяткина // Соц. и клин. психиатрия. - 2001. - № 4. - С. 27-29.
3. Дымова, Е. Н. Параметры психологического благополучия/неблагополучия при разном уровне психической травматизации [текст] / Е. Н. Дымова, Н. В. Тарабрина, Н. Е. Харламенкова // Вестник Московского университета. Психология. - 2015. - № 2. - С. 37-50
4. Дьяконов, И.Ф. Психологическая диагностика в практике врача [Текст] / И.Ф. Дьяконов, Б.В. Овчинников - СПб.: Спец.Лист, 2008. - 145 с.
5. Киосева, Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов [текст] / Е. В. Киосева // Украинский вестник психоневрологии. - 2016. - Т.24, В.1 (86). - С. 60-63.
6. Перре, М. Клиническая психология [Текст]: монография / М. Перре, У. Бауманна. - СПб. : Питер, 2002. - 63 с.
7. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса. [Текст] / Н. В. Тарабрина // - СПб.: Питер, 2001. - 272 с.
8. Тарабрина, Н.В., Психологические последствия переживания интенсивного стресса участниками контртеррористической операции и гражданским населением. Психология повседневного и травматического стресса: угрозы, последствия и совладения [текст] / Н.В. Тарабрина, И.С. Хажуев, А.Л. Журавлев, Е.А. - М.: Изд-во «Институт психологии РАН», 2016. - 496 с.

Gorbenko Al. S.

CLINICAL PATHOPSYCHOLOGICAL FEATURES OF PATIENTS WITH ALLERGODERMATOSIS LIVING IN THE ZONE OF LOCAL CONFLICT

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

Summary

Aim is to study the clinical and pathopsychological features of patients with allergic dermatosis living for a long time in the zone of local conflict.

Materials and methods. The severity of psychopathological disorders was determined in 194 people living in the zone of local conflict, divided into 2 groups: group 1 - 164 patients with allergodermatosis; group 2 - 30 people without dermatological pathology. The control indicators were normative indicators obtained previously from persons who did not suffer from dermatological pathology and who did not live in the zone of local conflict. Special questionnaires were used: SCL-90-R, SAN, Life Satisfaction Scale, Hospital Anxiety and Depression Scales, Spielberger-Khanin Questionnaire and Wayne Questionnaire.

Results. It was established that the most pronounced changes were identified in terms of phobic and situational anxiety, somatization, general index of symptom severity, index of symptomatic distress. It was revealed that 67.7% of patients with allergic dermatosis rated their condition as unfavorable; 50.9% of patients rated the quality of life as unsatisfactory; 50.9% of patients had clinically pronounced anxiety, and 49.1% of patients had clinically pronounced depression; 43.9% of patients had a high level of situational anxiety and 48.3% of patients had a high level of personal anxiety. 75.4% have pronounced autonomic dysfunction.

Conclusions. The revealed changes justify the appropriateness of the use of drug and non-drug sedation methods in the complex treatment of patients with allergic dermatosis living in the local conflict zone.

Key words: *allergic dermatosis, psychopathological features of patients.*

Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А.

СВЯЗЬ КОНЦЕНТРАЦИИ ИНТЕРЛЕЙКИНА-5 С УРОВНЯМИ ОБЩЕГО И СПЕЦИФИЧЕСКИХ IGE К ЛИМОНУ У ЛИЦ, СТРАДАЮЩИХ ПИЩЕВОЙ АЛЛЕРГИЕЙ

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

Резюме

Цель - определить наличие корреляционных связей между уровнями интерлейкина-5 и концентрациями общего и специфических иммуноглобулинов E к лимону у детей с различными симптомами пищевой аллергии.

Материалы и методы. Нами обследовано 116 детей с установленным диагнозом пищевой аллергии. Произведено определение уровней общего и специфических иммуноглобулинов E к лимону, интерлейкина-5 в сыворотках крови. Обследованные больные разделены на группы в соответствии с их полом и характером клинических проявлений пищевой аллергии. Рассчитан показатель ранговой корреляции Кендалла во всех исследуемых группах.

Результаты. Установлено наличие достоверных ассоциаций различной силы между исследуемыми показателями в большинстве данных групп. Выявлено, что связи между уровнем специфической сенсибилизации к лимону и другими показателями аллергической реактивности имели меньшую силу и стабильность в сравнении с ассоциациями интерлейкина-5 и общего IgE.

Выводы. Данные нашего исследования подтверждают многокомпонентность патогенетических механизмов атопического дерматита при сенсибилизации к антигенам лимона и участие в них интерлейкина-5.

Ключевые слова: аллергия, лимон, цитокины, интерлейкин-5, сенсибилизация, специфический IgE, sIgE, пищевая, атопический дерматит.

В настоящее время аллергические заболевания (АЗ) являются значимой проблемой для мирового здравоохранения. Их распространенность среди детей и взрослых в различных странах мира составляет 10-15 % [14] и неуклонно растет [14, 19]. Ведущее место среди АЗ занимает пищевая аллергия (ПА). В большинстве случаев пищевая аллергия у детей является началом «атопического марша» [13, 14, 19].

Патогенез АЗ, в том числе пищевой аллергии и вызванного ею атопического дерматита, тесно связан с рядом цитокинов. Важное значение среди них имеет интерлейкин-5 (ИЛ-5). Он продуцируется Т-хелперами 2 типа и стимулирует пролиферацию и дифференциацию активированных В-клеток. Согласно ряду научных публикаций, при атопическом дерматите наблюдается повышенная продукция ИЛ-5

и повышенное содержание его в коже [16] и в сыворотке крови [9]. Некоторые работы отмечают также опосредованное ИЛ-5 увеличение синтеза IgE и экспрессирование молекул низкоаффинного IgE-рецептора CD23 [9]. Еще одним важным биологическим свойством ИЛ-5 является его стимулирующее действие на рост, функциональную активность, пролиферацию и дифференциацию эозинофилов [8].

Работы, посвященные исследованию корреляционных связей концентраций ИЛ-5 и общего IgE в сыворотке крови пациентов с различными аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма и др.), немногочисленны и противоречивы [6, 15, 18]. При этом описания ассоциаций уровней ИЛ-5 и специфических IgE (sIgE) к различным пищевым аллергенам, в мировой литературе единичны [10, 12]. Исследования наличия корреляций ИЛ-5 и sIgE к лимону в доступных нам источниках отсутствуют, несмотря на то, что лимон входит в число значимых пищевых аллергенов. Следует отметить, что лимон широко используется нашим населением в питании, а его компоненты (сок, цедра) часто применяются в пищевой промышленности в качестве вкусовых добавок, красителей и др. [7, 11].

Цель работы - исследование корреляционных зависимостей между концентрацией ИЛ-5 и уровнем специфических IgE к лимону, а также ассоциаций ИЛ-5 с общим IgE, sIgE к лимону с общим IgE у лиц различного возраста, страдающих проявлениями пищевой аллергии в настоящее время или имеющими их в анамнезе.

Материалы и методы

Нами были исследованы сыворотки крови 116 детей 0-17 лет (средний возраст $5,0 \pm 0,54$ лет), из них 70 мальчиков и 46 девочек. Все обследованные имели проявления пищевой аллергии на момент осмотра или в анамнезе. Кожные проявления ПА (атопический дерматит, крапивница) были зарегистрированы у 66 детей. У 40 обследованных

кожные симптомы сочетались с респираторными проявлениями (бронхиальная астма, аллергический риноконъюнктивит). У 10 человек были отмечены только респираторные проявления ПА.

У всех обследованных определены уровни общего и специфических иммуноглобулинов E к лимону, ИЛ-5 в сыворотке крови. Лабораторное тестирование выполнялось с помощью разработанных сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» отечественных (г.Донецк) иммуноферментных тест-систем, характеризующихся высокой аналитической чувствительностью [2, 3]. Чувствительность наборов для определения sIgE составила 0,05 – 0,075 МЕ/мл, для общего IgE - 1 пг/мл, для ИЛ-5 - 2 пг/мл.

Статистическая обработка данных выполнялась при помощи программы «MedStat» (г. Донецк, ДНР). Проверка распределений выборок показателей на нормальность проводилась тестами Колмогорова-Смирнова и Лилиефорса, W-тестом Шапиро-Уилка. Учитывая отличие их от нормального, в расчетах использовались методы непараметрической статистики. Проведен корреляционный анализ, направленный на определение связи между значениями ИЛ-5, общего и специфических IgE-антител к лимону. В связи с непараметрическим характером распределения выборок использовался метод Кендалла. Коэффициенты ранговой корреляции Кендалла (tau) были рассчитаны попарно для всех исследуемых показателей.

Результаты и обсуждение

Проведенный нами корреляционный анализ определил наличие довольно многочисленных положительных корреляционных зависимостей между концентрациями исследуемых показателей в различных анализируемых группах (см. табл.).

Так, в ходе исследования нами были установлены достоверные, статистически значимые слабые прямые связи между уров-

Показатели ранговой корреляции Кендалла (tau) исследуемых показателей

Группа	N*	ИЛ-5 и общий IgE		ИЛ-5 и sIgE к лимону		Общий IgE и sIgE к лимону	
		tau	p	tau	p	tau	p
Все дети	116	0,273	0,007	0,101	0,007	0,208	0,007
Девочки	46	0,204	0,003	-	-	0,279	0,003
Мальчики	70	0,319	0,004	0,138	0,004	0,150	0,004
Изолированные кожные проявления	66	0,323	0,02	0,188	0,02	0,314	0,02
Сочетанные кожные и респираторные проявления	40	0,179	0,01	-	-	-	-

Примечание:

*N – количество обследованных больных.

ниями ИЛ-5 и общего IgE в сыворотках крови в общей группе всех обследованных детей. Ассоциации аналогичной силы были определены у девочек, в то время, как у мальчиков отмечено наличие корреляционной связи средней силы между исследуемыми показателями.

Нами также были установлены достоверные положительные корреляционные связи уровней ИЛ-5 и sIgE к лимону. Так, они были определены как у всех обследованных детей, так и в группе мальчиков. В группе девочек статистически значимых ассоциаций между указанными показателями отмечено не было. Однако, данный результат мог быть обусловлен относительно низким числом исследований ИЛ-5 в указанной группе (всего 46 детей).

При исследовании ассоциаций между общим IgE и специфическими IgE к лимону в различных группах пациентов также определялись достоверные слабые прямые связи: среди всех обследованных детей, у девочек и у мальчиков.

Исследование ассоциаций ИЛ-5, общего IgE, sIgE к лимону в группах пациентов, страдающих различными проявления-

ми пищевой аллергии, показало наличие достоверных, статистически значимых прямых связей в группе пациентов с изолированными кожными аллергическими заболеваниями: между ИЛ-5 и общим IgE, общим IgE и sIgE к лимону – средней силы, между ИЛ-5 и sIgE к лимону – слабые.

Вместе с тем, в группе пациентов (40 человек), имеющих сочетанные проявления ПА (наличие одновременно кожных и респираторных симптомов) достоверная ($p < 0,05$) статистически значимая прямая связь имела лишь между ИЛ-5 и общим IgE.

Таким образом, полученные нами результаты показывают достаточную стабильность имеющихся прямых корреляционных связей между исследуемыми показателями, выявляющихся, как правило, в различных группах, независимо от полового, возрастного состава и сопутствующих аллергических заболеваний (и это несмотря на уменьшение количества исследованных лиц в анализируемых выборках, различающихся по вышеуказанным особенностям, клиническим проявлениям пищевой аллергии). Необходимо подчеркнуть, что корреляционные связи специфического IgE с другими

исследованными показателями обладают меньшей стабильностью. На это указывает отсутствие статистически значимых корреляционных связей между ИЛ-5 и sIgE к лимону, а также sIgE к лимону и общим IgE, в группе лиц, имеющих сочетания различных симптомов, вызванных пищевой аллергией, хотя в них же мы определяли положительную, достоверную корреляционную связь между ИЛ-5 и общим IgE. Меньшую силу и стабильность связей между специфическим IgE и другими показателями реактивности мы отмечаем и в других наших работах [5].

Установленное нами наличие положительных корреляционных связей между концентрациями ИЛ-5 и общего IgE согласуется с имеющимися немногочисленными данными литературы [6, 18]. В одной из работ указано на стойкую ассоциацию уровней ИЛ-5 и общего IgE (при отсутствии корреляции уровня общего IgE с другими цитокинами – ИЛ-4, ИЛ-13 и ИЛ-10) как у детей в возрасте 3 и 12 месяцев, страдающих различными аллергическими заболеваниями, так и у их родителей [6]. Другая работа сообщает о наличии корреляции между уровнями общего IgE в сыворотке крови и в мокроте больных атопической формой бронхиальной астмы и сывороточным ИЛ-5 [18]. Однако, имеется исследование, проведенное среди пациентов с различными аллергическими заболеваниями (атопический дерматит, бронхиальная астма, сезонный аллергический ринит, крапивница), по данным которого корреляционных связей между ИЛ-5 и общим IgE выявлено не было [15].

Важно отметить, что в доступных нам литературных источниках исследования, посвященные выявлению возможных корреляционных связей между уровнями ИЛ-5 и специфических IgE-антител, единичны [10, 12]. Одна работа описывает корреляцию sIgE к различным антигенам белка куриного яйца с показателями ИЛ-5 у детей до 1 года, у которых он был ранее введен в качестве прикорма [10]. Во второй статье у обследованных была установлена положительная корреляционная связь данного цитокина с концентрациями

специфических IgE-антител к клещам домашней пыли [12]. Наличие описанных зависимостей у лиц с клиническими проявлениями пищевой аллергии (атопический дерматит и др.) может объясняться тем, что ИЛ-5, помимо поддержки пролиферации и дифференциации В-лимфоцитов, участвует в процессах биосинтеза иммуноглобулинов, в том числе IgE, значительно усиливая их продукцию [1]. Следует также отметить, что наличие хронического воспаления в участках кожного поражения при атопическом дерматите связывают с увеличением синтеза ИЛ-5 и эозинофильной инфильтрацией [17].

Необходимо указать, что в нашей ранней работе нами были выявлены достоверные корреляционные связи общего и специфических IgE к лимону и уровней интерлейкина-4 у лиц с кожными и др. проявлениями пищевой аллергии [4]. В совокупности с выявленными нами зависимостями, указанные результаты подтверждают многокомпонентность механизма патогенеза кожных проявлений пищевой аллергии при сенсibilизации к антигенам лимона, и участие в нем как ранних IgE-зависимых реакций, так и процессов эозинофильного воспаления, связанных с развитием поздней фазы аллергической реакции.

Выводы

1. В результате проведенного исследования нами выявлены достоверные, прямые корреляционные связи различной силы ИЛ-5 с общим и специфическим IgE к лимону.
2. Установлены статистически значимые прямые связи общего IgE с sIgE к лимону у детей, страдающих различными клиническими проявлениями пищевой аллергии, в том числе, атопическим дерматитом.
3. Полученные результаты свидетельствуют о совместном, одностороннем участии ИЛ-5 в механизмах регуляции иммунопатологических состояний, связанных с проявлениями атопического дерматита.

Список литературы

1. Варламов, Е. Е. Значение цитокинов в патогенезе атопического дерматита [Текст] / Е. Е. Варламов, А. Н. Пампура, В. С. Сухоруков // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2018. – Т. 63, № 1. – С. 28–33.
2. Опыт разработки ИФА тест-систем для определения специфического IgE к различным аллергенам [Текст] / А. С. Прилуцкий [и др.] // Лабораторная диагностика. – 2013. – № 2. – С. 32–35.
3. Оценка аналитической чувствительности, вариабельности и сравнительный анализ ИФА тест-систем для определения специфического IgE [Текст] / А. С. Прилуцкий [и др.] // Иммунологія та алергологія: наука і практика. – 2014. – №. 1. – С. 70–74.
4. Прилуцкий, А.С. Изучение корреляционных связей уровней IL -4 с концентрацией общего и специфических IgE к лимону у пациентов с пищевой аллергией / А.С. Прилуцкий, Ю.А. Лыгина // Российский алергологический журнал. – 2018. – Т. 15, №1, ч. 2. – С. 82–84.
5. Прилуцкий, А. С. Интерлейкины 4, 5, общий IgE у больных с атопическим дерматитом, в зависимости от сенсibilизации к антигенам яблока [Текст] / А. С. Прилуцкий, К. Е. Ткаченко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2018. – Т. 20, № 2. – С. 6–11.
6. Association of IL-5 cytokine production and in vivo IgE levels in infants and parents [Text] / E. Crestani [et al.] // Journal of Allergy and Clinical Immunology. – 2007. – Vol. 120, N 4. – P. 820–826.
7. Bourrier, T. Allergy to citrus juice [Text] / T. Bourrier, C. Pereira // Clinical and Translational Allergy. – 2013. – Vol. 3, N 3 (Suppl. 3). – P. 153.
8. Brandt, E. B. Th2 cytokines and atopic dermatitis [Text] / E. B. Brandt, U. Sivaprasad // Journal of clinical & cellular immunology. – 2011. – Vol. 2, N 3. – P. 110.
9. Differential in vivo cytokine mRNA expression in lesional skin of intrinsic vs. extrinsic atopic dermatitis patients using semiquantitative RT-PCR [Text] / C. Jeong [et al.] // Clin. Exp. Allergy. – 2003. – Vol. 33. – P. 1717–1724. DOI: 10.1111/j.1365-2222.2003.01782.x
10. Elevated IL-5 and IL-13 responses to egg proteins predate the introduction of egg in solid foods in infants with eczema [Text] / J. R. Metcalfe [et al.] // Clinical & Experimental Allergy. – 2016. – Vol. 46, N 2. – P. 308–316.
11. IgE to novel citrus seed allergens among cashew allergic children [Text] / J. Brandström [et al.] // Pediatric Allergy and Immunology. – 2016. – Vol. 27, N 5. – P. 550–553.
12. Kimura, M. Correlation of house dust mite-specific lymphocyte proliferation with IL-5 production, eosinophilia, and the severity of symptoms in infants with atopic dermatitis [Text] / M. Kimura, S. Tsuruta, T. Yoshida // Journal of allergy and clinical immunology. – 1998. – Vol. 101, N 1. – P. 84–89.
13. Prevalence of common food allergies in Europe: a systematic review and meta-analysis [Text] / B. I. Nwaru [et al.] // Allergy. – 2014. – Vol. 69, № 8. – P. 992–1007.
14. Prescott, S. Food allergy: riding the second wave of the allergy epidemic [Text] / S. Prescott, K. J. Allen // Pediatric allergy and immunology. – 2011. – Vol. 22, №. 2. – P. 155–160.
15. Role played by Th2 type cytokines in IgE mediated allergy and asthma [Text] / S. S. Deo [et al.] // Lung India: Official Organ of Indian Chest Society. – 2010. – Vol. 27, N 2. – P. 66–71.
16. Serum cytokine profiles in infants with atopic dermatitis [Text] / A. Gürkan [et al.] // Acta dermatovenerologica Croatica. – 2017. – Vol. 24, N 4. – P. 268–273.
17. Shinoda, K. Maintenance of pathogenic Th2 cells in allergic disorders [Text] / K. Shinoda, K. Hirahara, T. Nakayama // Allergology International. – 2017. – Vol. 66, N 3. – P. 369–376.
18. Sputum IgE and cytokines in asthma: relationship with sputum cellular profile [Text] / M. Manise [et al.] // PloS one. – 2013. – Vol. 8, N 3. – e58388.
19. Tang, M. L. K. Food allergy: is prevalence increasing? [Text] / M. L. K. Tang, R. J. Mullins // Internal medicine journal. – 2017. – Vol. 47, N 3. – P. 256–261.

Prilutskiy A.S., Lyhina Yu.A.

THE ASSOCIATION OF INTERLEUKIN-5 CONCENTRATIONS AND LEVELS OF TOTAL AND SPECIFIC IGE TO LEMON IN PATIENTS WITH FOOD ALLERGY

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

Summary

The aim is to determine the presence of correlation between the levels of interleukin-5 and the concentrations of total IgE, specific IgE for lemon in children with various symptoms of food allergy.

Materials and methods. We examined 116 children with an established diagnosis of food allergy. The determination of the levels of total and specific immunoglobulins E to lemon, interleukin-5 in blood serum was performed. The examined patients are divided into groups according to their gender and the nature of the clinical manifestations of food allergies. The Kendall rank correlation index was calculated in all of the studied groups.

Results. The presence of reliable associations with varying strength between the studied parameters in most of these groups was established. It was revealed that the relationship between the level of specific sensitization to lemon and other indicators of allergic reactivity had less strength and stability compared with associations of interleukin-5 and total IgE.

Conclusions. The data of our study affect the multicomponent pathogenetic mechanisms of atopic dermatitis with sensitization to lemon antigens and the participation of interleukin-5 in them.

Key words: *allergy, lemon, cytokines, interleukin-5, sensitization, specific IgE, sIgE, food, atopic dermatitis.*

Проценко О. А.

ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫЕ ДЕРМАТОЗЫ: ГЕНДЕРНЫЕ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ

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

Резюме

Цель - изучить гендерные эпидемиологические и клинические особенности ВИЧ-ассоциированных дерматозов в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы. Проведен гендерный анализ эпидемиологических и клинических особенностей хронических дерматозов у 176 ВИЧ-позитивных пациентов в возрасте от 18 до 67 лет, находившихся под наблюдением в Республиканском клиническом кожно-венерологическом диспансере в 2007- 2016 гг. Изучали пути инфицирования, возраст к моменту подтверждения ВИЧ-позитивного статуса, первичную обращаемость, особенности клинических проявлений в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Результаты. Средний возраст к моменту установления ВИЧ - позитивного статуса у дерматологических больных составил $20,6 \pm 1,2$ года, у женщин - $21,2 \pm 1,4$ года, у мужчин - $19,5 \pm 1,6$ лет. 2-я и 3-я клинической стадии ВИЧ-инфекции установлены у 68,2%; 1-я клиническая стадия - у 18,2%, 4-я - у 13,6% больных. Инфицирование половым путем было у 67,8% женщин и у 32,2% мужчин, инъекционным путем - у 27,7% женщин и у 72,3% мужчин. Первичная обращаемость к дерматологу была 56,5% больных, в т.ч. 53,3% женщин и 17,8% мужчин; в СПИД-центр - 25,6% больных, в т.ч. 12,8% женщин и 37,8% мужчин. У 54,5% больных было 2 и более вида заболеваний кожи, среди которых преобладали инфекционные дерматозы - у 92,2%. На 1 больного приходился $1,74 \pm 0,17$ дерматоза, в т.ч. на 1-й клинической стадии ВИЧ-инфекции - $0,91 \pm 0,08$; на 2-й клинической стадии - $1,41 \pm 0,12$; на 3-й клинической стадии - $1,63 \pm 0,16$; на 4-й клинической стадии - $3,83 \pm 0,23$. Инфекционные дерматозы чаще встречались на 1-й и 4-й клинической стадии ВИЧ-инфекции, на 2-й клинической стадии их число не отличалось от неинфекционных, а на 3-й клинической стадии было больше неинфекционных дерматозов, среди которых доминировали аллергические и токсико-аллергические. Поражение 2-х и более топографических регионов микотической и вирусной инфекцией отмечено у 56,8% больных, в т.ч. у 55,6% мужчин и у 48,8% женщин, преимущественно во 2-й и 3-й клинической стадии ВИЧ-инфекции. Сочетание 2х и более клинических разновидностей микотической и вирусной патологии выявлено у 48,1% больных, чаще на 1-й и 2-й клинической стадии, при снижении содержания СД4 ниже 350 клеток в 1 мл.

Выводы. Выявленные гендерные клинко-эпидемиологические особенности ВИЧ-ассоциированных дерматозов могут способствовать как ранней диагностике ВИЧ-инфекции, так и оптимизации лечебно-профилактических программ у этих больных.

Ключевые слова: хронические дерматозы, ВИЧ-инфекция, клиника, эпидемиология.

Клинические аспекты ВИЧ-инфекции до настоящего времени остаются актуальной междисциплинарной проблемой, поскольку широкое использование антиретровирусной терапии увеличивает продолжительность жизни таких больных и практически каждый ВИЧ-позитивный пациент имеет сочетанную патологию, среди которой особое место занимают поражения кожи [1, 2, 5-7]. Известно, что нелеченные дерматологические заболевания увеличивают продолжительность терапии, повышают риск развития нежелательных и побочных эффектов [3,4]. Поэтому важно по особенностям дерматологической патологии заподозрить ВИЧ-инфекцию и своевременно провести лечебно-противоэпидемические мероприятия.

В связи с этим, **целью работы** было изучить гендерные эпидемиологические и клинические особенности ВИЧ-ассоциированных дерматозов в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Материалы и методы

Проведен гендерный анализ социологических, эпидемиологических и клинических особенностей хронических дерматозов у 176 ВИЧ-позитивных пациентов в возрасте от 18 до 67 лет, находившихся под наблюдением в Республиканском (до 2015 г. - областном) клиническом кожно-венерологическом диспансере в 2007- 2016 гг.

Изучали пути инфицирования и возраст к моменту подтверждения ВИЧ-позитивного статуса, семейный статус, уровень образования, первичную обращаемость и давность дерматологического заболевания, вид дерматоза и особенности клинических проявлений ВИЧ- ассоциированных инфекционных и неинфекционных заболеваний кожи в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции.

Статистическую обработку материала проводили с помощью персонального компьютера IBM PC/AT и использования лицензионного пакета Statistica 6 (Stat Soft Rus).

Результаты и их обсуждение

Гендерный анализ показал, что среди больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами количество мужчин и женщин отличалось незначительно - 90 (51,1%) мужчин и 86 (48,9%) женщин, при этом преобладали лица активного репродуктивного возраста (21-40 лет) – 132 (75%). Средний возраст к моменту установления ВИЧ - позитивного статуса у дерматологических больных в наших наблюдениях составил $20,6 \pm 1,2$ года, при этом у женщин - $21,2 \pm 1,4$ года, а у мужчин – $19,5 \pm 1,6$ лет.

При анализе клинических стадий ВИЧ-инфекции установлено, что в наших наблюдениях преобладали дерматологические больные во 2-й и 3-й клинической стадии ВИЧ-инфекции – 120 (68,2%); 1-я клиническая стадия ВИЧ-инфекции была у 32 (18,2%) больных, 4-я – лишь у 24 (13,6%) больных.

При анализе путей заражения выявлено, что инфицирование половым путем было у 90 (51,1%) пациентов, в т.ч. при гетеросексуальных контактах - у 81 (90%) больного, гомосексуальных – у 9 (10%); инфицирование через загрязненные шприцы при употреблении наркотических препаратов подтверждено у 83 (47,2%) больных.

При изучении гендерных особенностей инфицирования установлено, что у женщин, в сравнение с мужчинами, преобладал половой путь заражения - 61 (67,8%) и 29 (32,2%) больных соответственно. При этом большинство из этих женщин не относились к группе риска и заразились от мужей и/или постоянных половых партнеров. Инфицирование при употреблении инъекционных наркотических препаратов было у большинства мужчин с ВИЧ - ассоциированными дерматозами – у 60 (72,3%) и лишь у 23 (27,7%) женщин. Обращало внимание, что в возрастной группе 31 – 50 лет половым путем заразились лишь 38 (42,2%) больных, а инъекционным путем – 52 (62,7%), причем мужчины в 3 раза чаще, чем женщины - 49 (59%) и 13 (15,7%) соответственно. В возрастной

группе 21 – 30 лет преобладал половой путь заражения, по сравнению с инъекционным – 40 (44,4%) и 17 (20,5%) больных соответственно, при этом у женщин в 3 раза чаще, чем у мужчин – 31 (34,4%) и 9 (10%) больных соответственно.

При оценке образовательного уровня отмечено, что полное высшее образование имели 56 (31,8%) пациентов, неполное высшее – 23 (13,1%), среднее специальное – 76 (43,2%), незаконченное среднее – 21 (11,9%). Обращало внимание, что с неполным высшим образованием было больше женщин, чем мужчин – 17 (19,8%) и 6 (6,7%) соответственно, а с незаконченным средним – больше мужчин, чем женщин – 16 (17,7%) и 5 (5,8%) больных соответственно.

Состояли в браке 46 (26,1%) пациентов, больше женщины, чем мужчины – 34 (39,5%) и 12 (13,3%) соответственно. Среди женщин было больше разведенных, чем среди мужчин – 37 (43,1%) и 20 (22,3%) соответственно, а среди холостых – мужчин: 58 (64,4%) и 15 (17,4%) соответственно.

При анализе первичной обращаемости установлено, что 115 (65,3%) больных ВИЧ - ассоциированными дерматозами самостоятельно обратились за медицинской помощью, при этом женщины почти в 1,5 раза чаще, чем мужчины: 65 (75,6%) и 50 (55,6%) соответственно. Большая часть из обратившихся больных первый визит сделала к дерматовенерологам – 62 (56,5%), женщины намного чаще, чем мужчины – 46 (53,3%) и 16 (17,8%) соответственно. В СПИД-Центр изначально обратились лишь 45 (25,6%) больных, среди которых мужчин было в 3 раза больше, чем женщин – 34 (37,8%) и 11 (12,8%) больных соответственно. Обращало внимание, что каждая десятая женщина первично за медицинской помощью обратилась к косметологу – 8 (9,3%). Лишь каждый третий пациент – 61 (34,6%) был привлечен активно, при этом мужчины в 2 раза чаще, чем женщины – 40 (44,4%) и 21 (24,4%) больных соответственно.

Давность дерматоза к моменту обращения у большинства больных была до 3-х лет – у 150 (85,2%), при этом до 1 года – у 94 (53,4%). Число больных с давностью заболевания более 5 лет к моменту обращения было незначительным – 12 (6,8%). Следует отметить, что на всех клинических стадиях ВИЧ-инфекции большая часть больных обращалась за медицинской помощью в течение первого года заболевания: 16 (50%) ВИЧ - позитивных больных 1-й клинической стадии; 14 (31,8%) – 2-ой клинической стадии; 51 (67,1%) – 3 - й клинической стадии и 13 (54,2%) – 4-й клинической стадии ВИЧ-инфекции.

При анализе особенностей ВИЧ - ассоциированных поражений кожи отмечено, что у 96 (54,5%) больных было 2 и более вида заболеваний кожи, среди которых преобладали инфекционные дерматозы - у 162 (92,2%). В наших наблюдениях, на одного больного приходилось $1,74 \pm 0,17$ дерматоза, при этом на 1-й клинической стадии ВИЧ-инфекции – $0,91 \pm 0,08$; на 2-й клинической стадии ВИЧ-инфекции – $1,41 \pm 0,12$; на 3-й клинической стадии – $1,63 \pm 0,16$ и на 4-й клинической стадии – $3,83 \pm 0,23$ дерматоза.

Инфекционные дерматозы чаще встречались на 1-й и 4-й клинической стадии ВИЧ - инфекции, на 2-й клинической стадии их число не отличалось от неинфекционных, а на 3-й клинической стадии было больше неинфекционной дерматологической патологии, среди которой доминировали аллергическая и токсико-аллергическая. Возможно, это связано с применяемой антиретровирусной (АРВ) терапией у достаточной части больных на этих клинических стадиях ВИЧ-инфекции и ее переносимостью.

Обращала внимание высокая частота ксероза (сухости) кожи – у 156 (88,6%) больных, несколько чаще у женщин, чем у мужчин – у 82 (95,3%) и 74 (82,2%) больных соответственно. При этом у 82 (94,3%) из 87 больных с неинфекционными дерматозами она предшествовала дебюту заболевания.

У 58 (33%) больных наблюдали изменение клинической стадии ВИЧ-инфекции, при этом у 29 (16,5%) ВИЧ-позитивных лиц с давностью заболевания до 1 года, у 22 (12,5%) – болеющих от 1 года до 3-х лет, у 7 (4%) больных – с давностью заболевания 3-5 лет. Обращало внимание, что показатель дерматологической патологии на 1 больного в этих группах составил, соответственно, 2,55; 2,77 и 2,86, т.е. был больше, чем в группе лиц 3-й клинической стадии и приближался к показателю у лиц 4-й клинической стадии. Можно предположить, что увеличение числа дерматологической патологии у ВИЧ-позитивного пациента является прогностически неблагоприятным показателем, отражающим прогрессирование инфекционного процесса и может быть одним из дополнительных критериев назначения АРВ терапии.

Инфекционные дерматозы установлены у 162 (92,1%) больных, среди которых преобладали микотические – у 146 (90,1%), несколько чаще у мужчин, чем у женщин – 78 (53,4%) и 68 (46,6%) соответственно. На втором месте по частоте встречаемости были вирусные дерматозы – у 100 (61,7%) больных, у женщин – несколько чаще, чем у мужчин – 55 (55%) и 45 (45%) больных соответственно.

Пиодермии были лишь у 28 (15,9%) больных, но их в 2 раза чаще наблюдали у мужчин, чем у женщин – у 18 (64,3%) и 10 (35,7%) больных соответственно.

Особое внимание обращал себорейный дерматит, который по частоте встречаемости выходил на первое место и был у 113 (77,3%) больных, при этом у мужчин в 3 раза чаще, чем у женщин – у 82 (72,6%) и 31 (27,4%) больных. Себорейный дерматит различной степени выраженности наблюдали на всех клинических стадиях ВИЧ-инфекции, но у больных 3-й и 4-й клинической стадии он был с выраженным воспалительным компонентом, со-

провождался себореидами, зудом. У 38 (33,6%) из 113 больных себорейный дерматит сопровождался развитием угревой сыпи, в том числе у 17 (44,7%) женщин и у 21 (55,3%) мужчины.

При инфекционных дерматозах отмечено многообразие клинических форм с поражением у одного и того же больного нескольких топографических регионов. Так, поражение 2-х и более топографических регионов микотической и вирусной инфекцией отмечено у 92 (56,8%) больных, одинаково часто у мужчин и у женщин – у 50 (55,6%) и у 42 (48,8%), преимущественно во 2-й и 3-й клинической стадии ВИЧ-инфекции. Сочетание двух и более клинических разновидностей микотической и вирусной патологии выявлено у 78 (48,1%) больных, несколько чаще на 1-й и 2-й клинической стадии, при снижении содержания СД4 ниже 350 клеток в 1 мл.

При гендерном анализе особенностей микотической инфекции обращало внимание, что у женщин чаще встречались кандидозные поражения слизистых, в т.ч. гениталий и полости рта – у 62 (91,2%) и у 46 (67,6%) больных, а также микозы стоп – у 39 (57,4%); в то время как у мужчин, наряду с кандидозом гениталий – у 68 (87,2%) больных, преобладало поражение стоп – микоз стоп и онихомикоз – у 60 (76,9%) и у 56 (71,8%) больных соответственно. Осложненные формы микотической инфекции (микотическая экзема) были несколько чаще у женщин, чем у мужчин – у 28 (41,2%) женщин и у 12 (31,6%) мужчин, в основном на 1-й клинической стадии ВИЧ-инфекции, при снижении содержания СД4 клеток ниже 400 в 1 мл.

Выявленные гендерные клинко-эпидемиологические особенности ВИЧ-ассоциированных дерматозов могут способствовать как ранней диагностике ВИЧ-инфекции, так и оптимизации лечебно-профилактических программ у этих больных.

Список литературы

1. Барабанов, А.Л. Общие вопросы дерматологической заболеваемости у ВИЧ-инфицированных лиц [Текст] / А.А. Барабанов // *Дерматология. Косметология*. – 2018.- Т.4, №1.- С. 55-68.
2. Коротаяев, И.М. Псориаз и поздняя кожная порфирия, ассоциированная с хроническим гепатитом С при ВИЧ-инфекции [Текст] / И.М. Коротаяев [и др.] // *Вестн. дерматол. венерол.* – 2015.- №4.- С. 90-94.
3. Минуллин, И.К. Дерматологические заболевания у ВИЧ-инфицированных пациентов [Текст] / И.К. Минуллин, Е.В. Бильдюк, Г.Г. Вафина [и др.] // *Практическая медицина*. – 2014.- №8(84).- С. 47-48.
4. Проценко, О.А. Патогенетическое обоснование и разработка концепции комплексного лечения и профилактики дерматозов у ВИЧ-позитивных лиц [Текст]: автореф. дис... д-ра мед. наук / О.А. Проценко. – Харьков, 2011. – 34 с.
5. Eyer-Silva, W.A. Facial-botriomycosis-like pyoderma in an HIV infected patients: remission after initiation of darunavir and raltegravir [Text] / W.A. Eyer-Silva [et al.] // *Rev.Soc.Bras.Med.Trop.* – 2017. – Vol. 50(2). – P. 277 – 279.
6. Eyer-Silva, W.A. An unusual case of bacillary angiomatosis in the oral cavity of an AIDS-patients who had no concomitant tegumentary lesions - case report and review [Text] / W.A. Eyer-Silva [et al.] // *Rev.Soc.Bras.Med.Trop.* – 2017. – Vol. 59. – P. 59 – 62.
7. *Oxford Handbook of Medical Dermatology* [Text] / S. Burge, R. Matin, D. Wallis.- Second Edition - Oxford University PRESS, 2016. – 694 p.

Protsenko O. A.

HIV-ASSOCIATED DERMATOSIS: GENDER EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL FEATURES

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

Summary

The aim is to study the gender epidemiological and clinical features of HIV-associated dermatosis depending on the clinical stage of HIV infection.

Materials and methods. A gender analysis of the epidemiological and clinical features of chronic dermatosis in 176 HIV-positive patients aged 18 to 67 years who were under observation in the Republican Clinical Dermatovenerologic Dispensary in 2007-2016 was carried out. We studied the ways of infection, the age at the time of confirmation of the HIV-positive status, the initial circulation, the features of the clinical manifestations depending on the clinical stage of HIV infection.

Results. The average age of HIV-positive status in dermatological patients was 20.6 ± 1.2 years, in women - 21.2 ± 1.4 years, in men - 19.5 ± 1.6 years. The 2nd and 3rd clinical stage of HIV infection was found in 68.2%; The 1st clinical stage - in 18.2%, the 4th - in 13.6% of patients. Sexually transmitted infection was in 67.8% of women and 32.2% of men, by injection - in 27.7% of women and 72.3% of men. The primary referral to a dermatologist was 56.5% of patients, including 53.3% of women and 17.8% of men; to the AIDS center - 25.6% of patients, including 12.8% of women and 37.8% of men. 54.5% of patients had 2 or more types of skin diseases, among which infectious dermatosis predominated - in 92.2%. For 1 patient there was 1.74 ± 0.17 dermatosis, incl. at the 1st clinical stage of HIV infection - 0.91 ± 0.08 ; at the 2nd clinical stage - 1.41 ± 0.12 ; at the 3rd clinical stage - 1.63 ± 0.16 ; at the 4th clinical stage - 3.83 ± 0.23 . Infectious dermatosis

were more common at the 1st and 4th clinical stages of HIV infection, at the 2nd clinical stage their number did not differ from non-infectious dermatosis, and at the 3rd clinical stage there were more non-infectious dermatosis, among which allergic and toxic allergic. The defeat of 2 or more topographic regions of mycotic and viral infection was observed in 56.8% of patients, including 55.6% of men and 48.8% of women, mainly in the 2nd and 3rd clinical stages of HIV infection. A combination of 2 or more clinical varieties of mycotic and viral pathology was detected in 48.1% of patients, most often at the 1st and 2nd clinical stages, with a decrease in CD4 content below 350 cells in 1 ml.

Conclusions. Identified gender clinical and epidemiological features of HIV-associated dermatosis can contribute to both early diagnosis of HIV infection and optimization of treatment and prevention programs in these patients.

Key words: *chronic dermatosis, HIV infection, clinic, epidemiology.*

УДК 616.24-007.274-036.12:616.521.5-003.87

Проценко Т.В., Моногарова Н.Е., Провизион А.Н., Семендяева Е.В.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗА У БОЛЬНЫХ С ХОБЛ

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

Резюме

Цель. Определить клинико-эпидемиологические особенности себорейного кератоза (СБК) у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), оценить влияние сатурации периферической крови и инсулинорезистентности на течение СБК.

Материалы и методы. Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторно-инструментальные данные 44 пациентов (37 мужчин и 7 женщин) с СБК на фоне ХОБЛ с инсулинорезистентностью и без нее, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (г. Донецк) в период с 2019 по 2020 гг. Контрольную группу составил 21 человек (11 мужчин и 10 женщин) без дерматологической патологии, без проявлений СБК, ХОБЛ и инсулинорезистентности, обратившихся с целью прохождения профилактического осмотра в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (г. Донецк).

Результаты. Проведенный клинический анализ показал различия в клинике СБК у больных с ХОБЛ на фоне инсулинорезистентности и без нее. Так, очаги СБК у больных ХОБЛ с инсулинорезистентностью располагались, преимущественно, по линиям натяжения кожи (линии Лангера), независимо от зон, подверженных инсоляции, в то время как у больных ХОБЛ без инсулинорезистентности, они располагались, в основном, хаотично, преимущественно на солнцеоткрытых участках кожи. Достоверно отличалось количество очагов СБК, и их размеры ($p=0,0005$) и ($p=0,001$) соответственно. Выявленные в результате проведенных комплексных исследований нарушения сатурации отражают снижение насыщения гемоглобина периферической крови кислородом.

Выводы. У больных СБК с ХОБЛ с установлены нарушения сатурации периферической крови, более выраженные у больных с инсулинорезистентностью. Выявленные изменения необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: *Себорейный кератоз, хроническая обструктивная болезнь легких, инсулинорезистентность.*

Себорейный кератоз (СБК) рассматривают в настоящее время как доброкачественную эпидермальную пролиферацию неутонченного генеза [1,6]. Предполагают роль вируса папилломы человека (ВПЧ) рода β в развитии СБК [7]. При множественных очагах СБК рассматривают как паранеопластический дерматоз [3].

В отличие актинического кератоза, он не трансформируется в болезнь Боуена или спиноцеллюлярную карциному [10]. СБК отличается многолетним течением, требует активной дерматологической тактики лишь при вторичном воспалении вследствие травматизации [1,3]. В тоже время эстетическая значимость проблемы СБК

спровоцировала в последние десятилетия увеличение обращаемости пациентов в частные медицинские центры с целью их удаления. Нередкие последующие случаи рецидивов СбК и/или их диссеминации после удаления различными методами привлекли внимание к медицинской значимости проблемы.

В связи с изложенным **целью** работы было определить клинико-эпидемиологические особенности СбК у больных с хронической обструктивной болезнью легких (ХОБЛ), оценить влияние сатурации периферической крови и инсулинорезистентности на течение СбК.

Материалы и методы

Проанализированы анамнестические, клинические и лабораторно-инструментальные данные 44 пациентов (37 мужчин и 7 женщин) с СбК на фоне ХОБЛ с инсулинорезистентностью и без нее, находившихся на стационарном лечении в пульмонологическом отделении Донецкого клинического территориального медицинского объединения (г. Донецк) в период с 2019 по 2020 гг. Контрольную группу составил 21 человек (11 мужчин и 10 женщин) без дерматологической патологии, без проявлений СбК, ХОБЛ и инсулинорезистентности, обратившихся с целью прохождения профилактического осмотра в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (г. Донецк).

У всех пациентов, наряду с общеклиническими обследованиями, определяли уровень глюкозы в крови натощак (норма 3,33 – 5,55 ммоль/л); инсулина плазмы (норма <29,1 мкЕд/мл), гликозилированной гемоглобина (норма 3,8 – 6,0% ммоль/л), индекс инсулинорезистентности НОМА-IR (норма <3,0). Пациенты по показаниям были консультированы эндокринологом.

По результатам обследования больные с ХОБЛ и СбК были разделены на две группы: 1-я группа – 20 больных с инсулинорезистентностью и 2-я группа – 24 больных без инсулинорезистентности.

При анализе клинических особенностей СбК в группах сравнения обращали внимание на расположение очагов, их количество, размеры и морфологические формы.

При помощи ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией с использованием прибора Somnocheck micro (Weinman, Германия) определяли показатели минимальной и средней сатурации периферической крови, длительность центрального и обструктивного типа апноэ, индексы апноэ, гипноэ, апноэ/гипопноэ и десатурации по стандартным методикам [4].

Статистическая обработка собранного материала проводилась в несколько этапов. На первом этапе изучали соответствие собранного статистического материала нормальному закону распределения с использованием метода Шапиро-Уилка [2,5]. Анализ показал, что ни один из изучаемых признаков не соответствовал нормальному закону распределения. В связи с этим дальнейшую статистическую обработку проводили с использованием непараметрических методов [5]. С целью установления различия в группах сравнения по отдельным клиническим критериям рассчитывали Н-критерий Крускала-Уоллиса. Для проверки значимости связи между двумя категоризованными переменными использовали χ^2 Пирсона. Нулевую гипотезу о равенстве значений признаков отвергали и различия между сравниваемыми показателями считали значимыми при $p < 0,05$ [2,5,8,9].

Результаты и их обсуждение

Возраст общей выборки пациентов с ХОБЛ и СбК колебался от 23 до 75 лет, у лиц контрольной группы – от 24 до 65 лет. Средний возраст пациентов, включенных в исследование, составил $54,1 \pm 1,8$ лет, в том числе в 1-ой группе – $64,5 \pm 1,3$ лет, во 2-ой группе – $59,2 \pm 2,1$, а в группе контроля – $38,3 \pm 2,6$ лет.

Количество очагов СбК у больных ХОБЛ колебалось от 9 до 123 и среднем составило $15,2 \pm 2,5$, при этом в 1-ой группе – от 31 до 123, в среднем $38,0 \pm 5,0$, а во 2-ой группе – от 9 до 25, в среднем $9,6 \pm 0,8$ ($p = 0,0005$).

У больных 1-ой группы очаги СбК выглядели в виде умеренно пигментированных пятен или папул с шероховатой поверхностью от 1,0 до 3,3 см в диаметре, в среднем – $1,99 \pm 0,13$ см, расположенных на коже лица и шеи, волосистой части головы, декольте, боковых поверхностей туловища и живота, со склонностью к слиянию с образованием в отдельных зонах пигментированных бляшек (под молочными железами и в складках живота).

У больных 2-й группы очаги СбК выглядели в виде желто-коричневых пятен или бляшек с шероховатой поверхностью, от 0,6 до 1,5 см в диаметре в среднем – $0,95 \pm 0,05$ см в диаметре, расположенных на коже лица, волосистой части головы, на коже живота и на разгибательных поверхностях верхних конечностей

Проведенный клинический анализ показал различия в клинике СбК у больных с ХОБЛ на фоне инсулинорезистентности и без нее. Так, очаги СбК у больных ХОБЛ с инсулинорезистентностью располагались, преимущественно, по линиям натяжения кожи (линии Лангера), независимо от зон, подверженных инсоляции, в то время как у больных ХОБЛ без инсулинорезистентности, они располагались, в основном, хаотично, преимущественно на солнцеоткрытых участках кожи. Достоверно отличалось количество очагов СбК, и их размеры ($p=0,0005$) и ($p=0,001$) соответственно.

Очаги СбК в виде бляшек выявлены при осмотре у 11 (55,0%) больных 1-ой группы и ни у одного из 24 больных ХОБЛ без инсулинорезистентности ($\chi^2=29,8$, $p<0,0001$). Инверсная локализация очагов СбК была у 9 (45,0%) больных ХОБЛ с инсулинорезистентностью (1-я группа) и ни у одного больного 2-ой группы ($\chi^2=23,5$, $p=0,00001$).

Определены и значимые различия в группах сравнения по показателям ночного респираторного мониторинга с пульсоксиметрией. Индекс апноэ среди всех обследуемых колебался от 0 до 42 и составил в среднем $2,6 \pm 0,7$, при этом в 1-ой группе – $4,66 \pm 2,1$ (min – 0, max – 42), во 2-ой группы – $2,74 \pm 0,8$

(min – 0, max – 16,4). Не смотря на более высокие показатели у больных 1-ой группы статистически значимых различий выявлено не было ($p=1,0$). У лиц контрольной группы данный показатель составил лишь $0,5 \pm 0,1$ (min – 0, max – 2,3), что достоверно отличалось от показателей больных с ХОБЛ ($p<0,02$).

Индекс гипноэ у обследуемых больных колебался от 0 до 11,3 и составил в среднем $2,6 \pm 0,3$, при этом у больных 1-ой группы колебался от 0 до 11,3 и составил в среднем $3,1 \pm 0,7$, во 2-ой группе колебался от 0 до 8,2 и составил в среднем $3,1 \pm 0,4$ ($p=1,0$). В контрольной группе данный показатель составил в среднем $1,5 \pm 0,3$ при колебании от 0 до 5,7 и достоверно отличался от таковых в 1-ой и 2-ой группах ($p<0,03$).

Индекс апноэ / гипноэ у обследуемых больных колебался от 0,4 до 45,8 и составил в среднем $6,0 \pm 0,9$, при этом у больных 1-ой группы колебался от 0,7 до 45,8 и составил в среднем $8,6 \pm 2,3$, во 2-ой группе колебался от 1,8 до 24,6 и составил в среднем $6,6 \pm 1,1$, несмотря на более высокие показатели у больных 1-ой группы, статистически значимых отличий не было выявлено ($p=1,0$). В контрольной группе данный показатель составил в среднем $2,8 \pm 0,8$ при колебании от 0,4 до 16,1 и достоверно отличался от таковых в 1-ой и 2-ой группах ($p<0,002$).

Длительность апноэ среди всех обследуемых колебалась от 0 до 58 с и составила в среднем $19,9 \pm 1,8$ с, при этом у больных 1-ой группы она колебалась от 0 до 58 с и в среднем составила $23,1 \pm 4,0$ с, у больных 2-ой группы колебалась от 0 до 56 с и в среднем составила $21,9 \pm 2,9$ с, а у пациентов контрольной группы колебалась от 0 до 39 с и составила в среднем лишь $14,5 \pm 2,5$ с. Несмотря на различные показатели данного параметра во всех группах сравнения, статистических различий между ними выявлено не было ($p>0,05$).

Так же статистически между собой не отличались и показатели продолжительности среднего апноэ во всех сравниваемых группах ($p>0,05$), несмотря на имевшиеся отличия между группами. Так, в 1-ой группе данный показатель был в среднем $11,9 \pm 1,7$ с

(min – 0, max – 27), во 2-ой группе – $13,5 \pm 1,35$ с (min – 0, max – 30), а в контрольной группе – $11,1 \pm 1,7$ с (min – 0, max – 29).

Продолжительность апноэ обструктивного типа среди всех обследованных варьировала от 0 до 27,9 с и составила в среднем $3,1 \pm 0,6$ с, при этом в 1-ой группе – $4,8 \pm 1,5$ с (min – 0,3, max – 27,9), во 2-ой группе – $3,25 \pm 0,9$ с (min – 0,6, max – 17,5). Несмотря на более низкие показатели во 2-ой группе, статистически значимых отличий между ними выявлено не было ($p=1,0$). При этом показатели как в 1-ой, так и во 2-ой группе были достоверно выше ($p < 0,0005$), чем у лиц контрольной группы – $1,2 \pm 0,6$ с (min – 0, max – 13,6).

Длительность центрального апноэ среди обследованных больных ХОБЛ с СбК колебалась от 0 до 7,6 с и в среднем составила $2,1 \pm 0,2$ с, при этом в 1-ой группе данный показатель был несколько ниже, чем во 2-ой – $2,4 \pm 0,5$ с (min – 0,1, max – 7,6) и $2,6 \pm 0,3$ с (min – 0,4, max – 6,5) соответственно, но достоверного различия между ними выявлено не было ($p=0,83$). В контрольной группе длительность центрального апноэ была ниже, чем в 1-ой и 2-ой группах – $1,3 \pm 0,3$ с (min – 0, max – 5,7), при этом достоверно ниже данный показатель был лишь по сравнению со значениями 2-ой группы ($p=0,009$), в то время как от значений 1-ой группы статистических различий выявлено не было ($p=0,22$).

Минимальная сатурация у больных ХОБЛ с СбК, включенных в исследование, колебалась от 42% до 95% и составила в среднем $83,8 \pm 1,1\%$, при этом у больных 1-ой группы – $79,5 \pm 2,8\%$ (min – 42, max – 91), у больных 2-ой группы – $82,6 \pm 1,1\%$ (min – 71, max – 90). Несмотря на более высокие показатели у больных 2-ой группы, статистически группы были однородны ($p=1,0$). У лиц контрольной группы минимальная сатурация в среднем была $89,4 \pm 0,9\%$ (min – 80, max – 95), что достоверно отличало ($p < 0,0006$) их от больных ХОБЛ с СбК как с инсулинорезистентностью, так и без нее.

Показатели средней сатурации периферической крови у обследованных больных ХОБЛ с СбК колебались от 78% до 97% и со-

ставили в среднем $93,5 \pm 0,5\%$, при этом у больных 1-ой группы – $91,7 \pm 1,2\%$ (min – 78%, max – 95%), во 2-ой группе были несколько выше – $92,7 \pm 0,5\%$ (min – 88%, max – 96%), но статистически группы были однородны ($p=1,0$). Показатель средней сатурации периферической крови у лиц контрольной группы достоверно отличался ($p < 0,00001$) от таковых, как в 1-ой, так и во 2-ой группах и составил в среднем $96,0 \pm 0,3\%$ (min – 92%, max – 97%).

Индекс десатурации по результатам наших исследований в общей выборке был в среднем $4,3 \pm 1,1$ (min – 0, max – 48,3). У больных 1-ой группы он был в среднем $8,4 \pm 3,2$ (min – 0,1, max – 48,3), а у больных 2-ой группы – $3,5 \pm 0,9$ (min – 0,2, max – 16,7). Несмотря на существенно превышающие показатели 1-ой группы над 2-ой, статистических отличий между ними выявлено не было ($p=1,0$). У лиц контрольной группы значения данного показателя составило в среднем $1,3 \pm 0,6$ (min – 0, max – 11,5), что было достоверно ниже, чем у больных как в 1-ой, так и во 2-ой группах ($p < 0,02$).

Выявленные в результате проведенных комплексных исследований нарушения сатурации отражают снижение насыщения гемоглобина периферической крови кислородом, что может влиять на барьерно-защитные свойства кожи и быть предрасполагающим фактором активации ВПЧ низких степеней злокачественности, приводящих к развитию СбК. Более выраженные клинические проявления и нарушения сатурации у больных СбК и ХОБЛ с инсулинорезистентностью, отражают значимость метаболических нарушений в развитии ВПЧ-индуцированных пролифераций кожи, что необходимо учитывать при лечении больных.

Выводы

1. У больных СбК с ХОБЛ с установлены нарушения сатурации периферической крови, более выраженные у больных с инсулинорезистентностью.

2. Выявленные изменения необходимо учитывать при планировании лечебно-реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Александрова, А. К. Себорейный кератоз как неизменный спутник старения. Современный взгляд на этиологию и патогенез [Текст] / А.К. Александрова, В.А. Смольяникова, В.А. Филатова // *Пространство и Время*. - 2018. - № 1-2(31-32). - С. 295-301.
2. Банержи, А. Медицинская статистика понятным языком: вводный курс [Текст] / А. Банержи; пер. с англ. под ред. В.П. Леонова. - М.: Практическая медицина, 2007. - 287 с.
3. Генодиагностика ассоциации ДНК вирусов папилломы человека рода β с себорейным кератозом у иммуносупрессивных и иммунокомпетентных пациентов [Текст] / Л.В. Корнева [и др.] // *Российский журнал кожных и венерических болезней*. - 2015. - №18(2) - С. 4 - 7.
4. Калакутский, Л. И. Аппаратура и методы клинического мониторинга [Текст]: Учебное пособие / Л.И. Калакутский, Э.С. Манелис. - Самара.: Самар. гос. аэрокосм. ун-т., 1999. - 161 с.
5. Лакин, Г.Ф. Биометрия [Текст]: учебное пособие для биол. спец. вузов. - 4-е изд., перераб. и доп. - М.: Высш. шк., 1990. - 352 с.
6. Патогенетические механизмы, диагностика и клиническая картина себорейного кератоза [Текст] / Л.А. Юсупова [и др.] // *Лечащий врач*. - 2018. - №10. - С. 73-77
7. Пискалова, Т.П. Себорейный кератоз: клинические особенности и ассоциация с вирусом папилломы человека рода β 2 [Текст] / Т.П. Пискалова Т.П., Е.И. Костенко, Л.Ф. Телешева // *Альманах клинической медицины* // *Альманах клинической медицины*. - 2017. - №45(2) - С. 118 - 126.
8. Сидоренко, Е.В. Методы математической обработки в психологии [Текст] / Е. В. Сидоренко. - Санкт-Петербург: ООО «Речь», 2007. - 350 с.
9. Халафян, А.А. Statistica 6. Статистический анализ данных [Текст]: учебник / А. А. Халафян. - 3-е издание. - М.: Бином-Пресс, 2008. - 512 с.
10. Bowenoid transformation in seborrheic keratosis: A retrospective analysis of 429 patients [Text] / P.Rajabi [et al.] // *J Res Med Sci*. - 2012. - Vol.17 (3). P. 217-21.

Protsenko T.V., Monogarova N.E., Provizion A.N., Semendyaeva E.V.

CLINICAL FEATURES AND COURSE OF SEBORRHEIC KERATOSIS IN PATIENTS WITH COPD

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

Summary

The aim is to determine the clinical and epidemiological features of seborrheic keratosis (SBK) in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD), to assess the effect of peripheral blood saturation and insulin resistance on the course of SBK.

Materials and methods. The anamnestic, clinical and laboratory-instrumental data of 44 patients (37 men and 7 women) with SBK on the background of COPD with and without insulin resistance, who were hospitalized in the pulmonology department of the Donetsk Clinical Territorial Medical Association (Donetsk) since 2019, were analyzed to 2020 The control group consisted of 21 people (11 men and 10 women) without dermatological pathology, without manifestations of SBK, COPD and insulin resistance, who applied for a routine examination to the Republican Clinical Dermatovenerologic Dispensary (Donetsk).

Results. Clinical analysis showed differences in the clinical presentation of SBK in patients with COPD with and without insulin resistance. For example, foci of SBC in patients with COPD with insulin resistance were located mainly along the lines of skin tension (Langer line), regardless of the areas exposed to insolation, while in patients with COPD without insulin resistance, they were located mainly randomly, mainly in the sun skin areas. The number of SSK foci was significantly different, and their sizes ($p = 0.0005$) and ($p = 0.001$), respectively. Identified as a result of comprehensive studies, saturation disorders reflect a decrease in oxygen saturation of peripheral blood hemoglobin.

Conclusion. In patients with SBK with COPD, impaired saturation of peripheral blood, more pronounced in patients with insulin resistance. Identified changes must be taken into account when planning treatment and rehabilitation measures.

Key words: *seborrheic keratosis, chronic obstructive pulmonary disease, insulin resistance.*

Гаруст Ю. В.

ЯНТАРНАЯ КИСЛОТА И ВОЗМОЖНОСТИ ЕЕ ПРИМЕНЕНИЯ ПРИ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ

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

Резюме

В статье представлены современные данные о янтарной кислоте и ее роли в регуляции процессов метаболизма в норме и при патологии. Обсуждается возможность и перспективы применения препаратов янтарной кислоты в лечении дерматозов.

Ключевые слова: янтарная кислота, хронические дерматозы, лечение.

Янтарная кислота (ЯК) - простое по своей структуре природное соединение, которое содержится в янтаре (немного), буром угле, растительных и животных тканях. Синтезируется кишечными бактериями при пропионовокислом брожении из глюкозы и глицерина. Получают её также методом химического синтеза и как побочный продукт при окислении углеродов C4-C10 [8]. В натуральном виде - это твёрдые кристаллы, растворимые в воде. С металлами образует соли. При замещении водорода алифатической цепочки двумя гидроксилами янтарная кислота превращается в винную, или виннокаменную кислоту. Соли ЯК называют сукцинатами, а виннокаменной - тартратами. Последние используются в медицине как лекарственные средства (калия и натрия тартраты, тилозина тартрат, фармазин, фразидин) [11].

Области применения препаратов ЯК весьма разнообразны и включают кардиологию, неврологию, эндокринологию, токсикологию и наркологию, инфекционные болезни, педиатрию, восстановительную медицину [5, 9, 11, 12, 15]. Достаточно успешно используют эти препараты в хирургии, пульмонологии, гематологии, дерматологии, акушерстве и гинекологии [9, 11, 14]. Такое

многообразие областей применения ЯК обусловлено непосредственным участием сукцината в процессах тканевого дыхания [3].

ЯК (сукциновая) $\text{HOOC-CH}_2\text{-CH}_2\text{-COOH}$ относится к группе двухосновных предельных карбоновых кислот. Концентрация ЯК в тканях составляет 500–800 мкмоль/л, а ее содержание в плазме крови значительно меньше и в физиологических условиях находится в пределах 2–20 мкмоль/л [7]. Впервые исследование содержания ЯК в организме человека было проведено Робертом Кохом в 1865 году, во время его обучения на медицинском факультете Геттингенского университета [13]. ЯК является малотоксичным соединением и не оказывает мутагенное и тератогенное действие [1, 2]. ЯК и ее соли (сукцината) представляют собой универсальный внутриклеточный метаболит, широко участвующий в обменных реакциях в организме, что объясняет возможность его применения в лечении хронических дерматозов. Значимость ЯК в клеточном обмене обусловлена ее участием в цикле трикарбоновых кислот (ЦТК, цикле Кребса) и процессах окислительного фосфорилирования в митохондриях, что обосновывает возможность ее применения в лечении псориаза [7, 8].

Цикл Кребса – общий заключительный этап метаболизма углеводов, липидов и белков, в ходе которого осуществляется катаболизм ацетильных групп, находящихся в составе ацетилкофермента А (ацетил-КоА) [8]. ЯК является продуктом пятой и субстратом шестой реакции ЦТК. Окисление ЯК в шестой реакции цикла Кребса осуществляется с помощью специфического фермента – сукцинатдегидрогеназы [2]. Феномен активного окисления ЯК сукцинатдегидрогеназой получил название «монополизации дыхательной цепи», биологическое значение которого заключается в быстром ресинтезе АТФ клетками и повышении их антиоксидантной активности. В условиях гипоксии, ЯК поставляет электроны, обеспечивая бесперебойную работу дыхательной цепи и адекватность энергетического обмена в целом [16].

Выполняя каталитическую функцию по отношению к циклу Кребса, ЯК снижает концентрацию в крови других интермедиаторов цикла (лактата, пирувата, цитрата), накапливающихся в клетках на ранних стадиях гипоксии [2]. Таким образом, легкая окисляемость ЯК, массивный поток восстановительных эквивалентов от ЯК в дыхательную цепь митохондрий, возможность дополнительных путей «подтока» ЯК в цикл трикарбоновых кислот и шунтирование цикла в сторону образования ЯК, способность ЯК монополизовать дыхательную цепь - делают этот субстрат незаменимым при энергетическом обеспечении организма при различной патологии [16].

Роль ЯК не ограничивается ее участием в ЦТК и процессе окислительного фосфорилирования. Она является мощным эндокринным стимулом, поскольку во многих органах и тканях (кожа, подкожно-жировая клетчатка, почки, сердце, центральная нервная система, печень и др.) экспрессированы специфические сукцинатные мембранные рецепторы (GPR91 или SUCNR1) [7, 8].

Физиологическая функция GPR91 заключается в преодолении последствий

нарушения энергетического баланса, связанного, в первую очередь, с гипоксией и гипергликемией. Так, известно, что в условиях гипогликемии под влиянием глюкагона в адипоцитах белой жировой ткани происходит активная деградация триглицеридов с образованием высокоэнергетичных жирных кислот. При гипергликемии сукцинат ингибирует липолиз, предотвращая поступление свободных жирных кислот в кровь, где уже содержится избыточное количество другого энергетически активного субстрата - глюкозы [13].

Известно, что ЯК используют с целью уменьшения отрицательных последствий приема алкоголя, а ее препараты (например, «Ремаксол», «Реамберин», «Мексидол», «Цитофлавин») применяют при лечении острой алкогольной интоксикации [5, 11].

Известно, что одним из основных патогенетических механизмов поражения кожи, приводящее к развитию дерматозов, является оксидативный стресс, т.е. повреждение в результате избыточного образования окислительных компонентов и недостаточности механизмов антиоксидантной защиты. Поэтому большое значение имеет антиоксидантное действие препаратов ЯК, которые являются антиоксидантами направленного митохондриального действия [1, 2, 3, 9]. По антиоксидантной активности ЯК сопоставима с синтетическим антиоксидантом ионолом [1]. При сравнении антиоксидантной активности и клинической эффективности наиболее распространенных в практике препаратов ЯК (ремаксол, реамберин, мексидол, цитофлавин, когитум и др.) у больных с синдромом системного воспаления и полиорганной недостаточности установлено, что более эффективное действие препаратов с парентеральным путем введения [10].

Помимо антигипоксического и антиоксидантного эффектов, препараты ЯК оказывают ноотропное и анксиолитическое действие [1]. Они модулируют активность ферментов клеточных мембран (Ca²⁺-

независимой фосфодиэстеразы, аденилатциклазы, ацетилхолинэстеразы), рецепторных комплексов (бензодиазепинового, ГАМК, ацетилхолинового), способствуя их связыванию с лигандами, сохранению структурно-функциональной организации биомембран, транспорта нейромедиаторов и улучшению синаптической передачи, усиливают компенсаторную активацию аэробного гликолиза [7].

Достаточно широко применяют препараты ЯК при лечении инсулинорезистентности, диабетической стопы, сенсорной полиневропатии [11]. Особый интерес представляет применение ЯК при хронической

интоксикации, обусловленной нарушениями клеточного метаболизма, поскольку доказана роль окислительного стресса [15, 17].

Несмотря на доказанные терапевтические эффекты ЯК, лишь немногочисленные работы посвящены ее применению при лечении хронических дерматозов [2, 4, 6, 10, 14].

Таким образом, препараты ЯК являются патогенетически обоснованными в лечении хронических дерматозов, в том числе псориаза, особенно у лиц старших возрастных групп, имеющих многочисленную соматическую и коморбидную патологию.

Список литературы

1. Андреева, Н.Н. Экспериментальные и клинические аспекты применения мексидола при гипоксии [Текст] / Н.Н. Андреева // Мед альманах.- 2009.-№ 4(9).- С.193-197.
2. Афанасьев, В.В. Клиническая фармакология реамберина (очерк) [Текст]: пособие для врачей / В.В. Афанасьев. – Санкт-Петербург, 2005.-44с.
3. Белоусов, Ю.Б. Современный подход к цитопротекторной терапии [Текст]: методическое пособие для врачей / Ю.Б. Белоусов. – М., 2010.- 30 с.
4. Грашин, Р.А. Результаты анализа клинической эффективности применения препаратов цитопротективного действия в терапии распространенных форм псориаза [Текст] / Р.А.Грашин, И.Н.Теличко, В.А. Заплутанов // Клиническая медицина.-2014.-№6.-С.75-78.
5. Захаров, В.В. Купирование алкогольного абстинентного синдрома и прерывание запоев с применением препаратов янтарной кислоты [Текст] / В.В. Захаров, Федоров А.В., Чухрова М.Г. // Вестник СПбМА им. И.И. Мечникова.- 2004.-№ 2.-С. 116-118.
6. Кузина, З.А. Оценка эффективности многокомпонентного гепатопротектора в комплексной терапии псориаза [Текст] /
7. Мейес, П. Окислительное фосфорилирование и транспортные системы митохондрий [Текст] / Р. Марри [и др.] // Биохимия человека: учебник в 2-х томах. Пер с англ.- М.: Мир, 2009, - Т.1.- С. 127-139.
8. Мейес, П. Цикл лимонной кислоты: катаболизм ацетил-СоА [Текст]/ Р. Марри [и др.] // Биохимия человека: учебник в 2-х томах. Пер с англ.- М.: Мир, 2009,- Т.1.-С. 172-180.
9. Розенфельд, А.С. Теоретико-методологические аспекты действия суццината при спортивных нагрузках и гипоксии [Текст]: монография / А.С. Розенфельд, Е.И. Маевский. -Екатеринбург: Изд-во ГОУ ВПО «Рос. гос. проф.-пед. ун-т».-2007.- 174 с.
10. Романизов, М.Г. Псориаз. Эффективность лечения реамберином [Текст]/ М.Г. Романизов, А.Л. Коваленко, С.Б. Рыбалкин // Леч. врач.- 2000.-№2.-С. 52-54.
11. Смирнов, А.В. Янтарная кислота и ее применение в медицине. Часть II. Применение янтарной кислоты в медицине [Текст] / А.В. Смирнов, О.Б. Нестерова, Р.В. Голубев // Нефрология.- 2014.-Т.18, №4.-С. 12-24.
12. Стельмах, В.В. Метаболические корректо-

- ры на основе янтарной кислоты как средства патогенетической терапии при хронических вирусных гепатитах [Текст] / В.В. Стельмах, В.Г. Радченко, В.К. Козлов // Терапевтический архив.-2011.-№2.-С.1-4.
13. Теличкин, И.А. Роберт Кох (1843-1910) [Текст] / И.А. Теличкин // Клиническая медицина.-1996.-№1.-С. 78-79.
14. Трофимова, И.Б. Повышение эффективности патогенетической терапии псориаза с помощью инфузионных суццинатсодержащих растворов [Текст] / И.Б.Трофимова, Е.Е.Константиновская, З.Г.Фаттяхетдинова // Клиническая дерматология и венерология.-2015.-№5.-С.141-145.
15. Ariza, A.C. The succinate receptor as a novel therapeutic target for oxidative and metabolic stressrelated conditions [Text] / A.C. Ariza, P.M.T.Deen, J.H.Robben // Front. Endocrinol. (Lausanne).-2012.-№3(22).-P. 1-8.
16. Hawkins, B.J. Mitochondrial complex II prevents hypoxic but not calcium and proapoptotic Bcl-2 protein-induced mitochondrial membrane potential loss [Text] / B.J Hawkins, M.D. Levin, P.J. Doonan [et al.] // J. Biol. Chem.-2010.-№ 285(34).-26494-26505.
17. Sadagopan, N. Circulating succinate is elevated in rodent models of hypertension and metabolic disease [Text] / N. Sadagopan, S.L.Roberds // J. Hypertens.-2007.-Vol. 20, № 11. -P.1209-1215.

Garust Y.V.

SUCCINIC ACID AND POSSIBILITIES OF ITS APPLICATION FOR CHRONIC DERMATOSIS

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

Summary

The article presents modern data on succinic acid and its role in the regulation of metabolic processes in normal and pathological conditions. The possibility and prospects of the use of succinic acid preparations in the treatment of dermatosis are discussed.

Key words: *succinic acid, chronic dermatosis, treatment.*

Краснощёких А.А.

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ ИНДЕКСЫ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ РОЗАЦЕА

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

Резюме

Представлен обзор литературы по современным диагностическим дерматологическим шкалам для оценки степени тяжести и эффективности лечения розацеа.

Ключевые слова: розацеа, диагностические шкалы, дерматологические индексы

С целью унификации оценки степени выраженности клинических проявлений розацеа и мониторинга эффективности терапии были разработаны различные шкалы и дерматологические индексы, определяющие как объективные симптомы дерматоза, так и субъективное их восприятие (табл. 1) [1-8].

Таблица 1
Дерматологические шкалы и индексы
для различных клинических признаков
розацеа

Признак	Шкала/Индекс
Покраснение	FAST/GFSS
Персистирующая эритема	CEA/PSA
Телеангиэктазия	Нет
Папулы/пустулы	Количество поражений, IGA шкала
Фиматозные изменения	Нет
Психосоциальное воздействие	RosaQoL

Примечание: CEA-Clinician's Erythema Assessment; FAST – Flushing Assessment Tool; GFSS – Global Flushing Severity Score; IGA – Investigator's Global Assessment; PSA – Patient's Self-Assessment, RosaQoL -Rosacea Quality of Life Index.

Наиболее часто используемые следующие:

1. Global Flushing Severity Score (GFSS), Глобальная оценка тяжести прилива [4] – оценивается выраженность четырех симптомов прилива (покраснение, чувство жара, зуд и покалывание) за последние сутки, используя 11-бальную шкалу, где 0 баллов - отсутствует, 1-3 баллов – мягкий, 4-6 баллов – умеренный, 7-9 баллов тяжелый и 10 баллов – экстремальный (рис. 1).

2. Опросник Flushing Assessment Tool (FAST), Инструмент оценки приливов [5] - был разработан, для оценки степени выраженности эритемы и приливов и их воздействия на пациентов, первоначально получавших терапию ниацином. FAST отражает выраженность приливов в целом и каждого его компонента (чувство жара, зуда, покалывания, покраснения), а также влияние приливов на обычную повседневную деятельность и сон. Оценивание проводится в соответствии с ответами («да / нет»), баль-

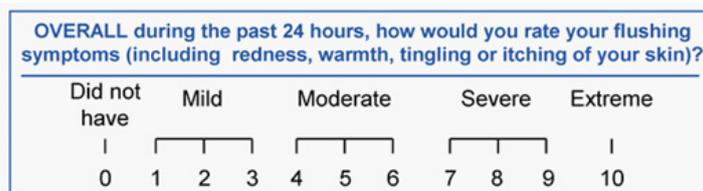


Рисунок 1. Глобальная оценка тяжести прилива (GFSS)

Scores	CEA ¹¹	PSA
	Evaluate the subject's rosacea-associated facial erythema by performing a static ('snap-shot') evaluation of erythema severity and report the one integer that best described the overall severity*	1 Circle the number that best describes your rosacea-related facial redness RIGHT NOW* 2 Circle the number that best describes your rosacea-related facial redness TODAY since first applying the study medication this morning†
0, Clear	Clear skin with no signs of erythema	No redness
1, Almost clear	Almost clear; slight redness	Very mild redness
2, Mild	Mild erythema; definite redness	Mild redness
3, Moderate	Moderate erythema; marked redness	Moderate redness
4, Severe	Severe erythema; fiery redness	Severe redness

Рисунок 2. Клиническая оценка эритемы (CEA), и Самооценка пациента (PSA)

	Grade	Score	Clinical description
Treatment Success	Clear	0	No inflammatory lesions present, no erythema
	Almost clear	1	Very few small papules/pustules, very mild erythema present
Treatment Failure	Mild	2	Few small papules/pustules, mild erythema
	Moderate	3	Several small or large papules/pustules, moderate erythema
	Severe	4	Numerous small and/or large papules/pustules, severe erythema

Рисунок 3. Глобальная исследовательская оценка, (IGA)

ной оценкой от 1 до 10, симптомов ухудшения или улучшения, способности выполнять действия с использованием шкалы «от средней сложности» до «чрезвычайно сложной» и последствий симптомов во время сна от «незначительных» до «сильно выраженных». В зависимости от степени выраженности выделяли «легкую степень» (баллы 1–3), «умеренную» (баллы 4–6), «тяжелую» (баллы 7–9) и «очень тяжелую» (балл 10).

3. Тесты *Clinician's Erythema Assessment (CEA)*, *Клиническая оценка эритемы* и *Patient's Self-Assessment (PSA)*, *Самооценка пациента* [3] - представляют собой специально разработанные опросники по определению выраженности эритемы по 5 - бальной шкале, где при CEA: 0 - кожа без признаков эритемы; 1 балл - незначительная эритема; 2 балла - легкая эритема с определяющейся границей; 3 балла - умеренная эритема с выраженной границей и

4 балла - тяжелая «огненная» эритема; при PSA: 0 - отсутствие эритемы, 1 балл - очень легкая эритема, 2 балла – легкая эритема, 3 балла – умеренная эритема и 4 балла – сильная эритема (рис. 2).

4. *Investigator's Global Assessment (IGA)*, *Глобальная исследовательская оценка* [8] - представляет собой 5-бальную шкалу (рис. 3), широко используемую в клинических исследованиях розацеа, которая включает оценку эритемы (4 балла – сильная эритема, 3 балла – умеренная эритема, 2 балла – легкая эритема, 1 балл – очень легкая эритема, 0 баллов - эритемы нет), а также воспалительных элементов сыпи (4 балла - многочисленные мелкие и/или большие папулы/пустулы, 3 балла – несколько мелких или больших папул/пустул, 2 балла – несколько мелких папул/пустул, 1 балл - очень мало мелких папул/пустул, 0 баллов – нет).

Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ)

1.	Испытывали ли Вы зуд, жжение или болезненность на прошлой неделе??	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/>
2.	На протяжении последних 7 дней насколько сильно Вы чувствовали смущение или неловкость из-за состояния Вашей кожи?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/>
3.	На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вашим походам за покупками, уходу за домом или садом?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
4.	На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи влияло на выбор одежды, которую Вы надевали?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
5.	Как сильно влияло состояние Вашей кожи на Ваш досуг и социальную активность на прошлой неделе?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
6.	На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи мешало Вам заниматься спортом?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
7.	Пропускали ли Вы учебу, отсутствовали на работе из за состояния Вашей кожи? Если «нет», то насколько сильно Вас беспокоило состояние Вашей кожи, когда Вы находились на работе или учебе?	Да <input type="checkbox"/> Нет <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
8.	На протяжении последних 7 дней насколько сильно состояние Вашей кожи создавало проблемы с Вашим партнером(-шей) или Вашими близкими друзьями или родственниками?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
9.	На протяжении последних 7 дней насколько сильно Ваши проблемы с кожей влияли на Вашу сексуальную жизнь?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>
10.	На прошлой неделе насколько сильно лечение заболевания кожи причиняло Вам неудобства, отнимало время, создавало проблемы?	Очень сильно <input type="checkbox"/> Сильно <input type="checkbox"/> Незначительно <input type="checkbox"/> Совсем нет <input type="checkbox"/> Ко мне не относится <input type="checkbox"/>

Таблица 3

Трактовка значений дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ)

Значение индекса	Трактовка
0-1	кожное заболевание не влияет на жизнь пациента
2-5	заболевание оказывает незначительное влияние на жизнь пациента
6-10	заболевание оказывает умеренное влияние на жизнь пациента
11-20	заболевание оказывает очень сильное влияние на жизнь пациента
21-30	заболевание оказывает чрезвычайно сильное влияние на жизнь пациента

Таблица 4

Skindex-29

Functioning	Emotion	Symptoms
2. My skin condition affects how well I sleep	3. I worry that my skin condition may be serious	1. My skin hurts
4. My skin condition makes it hard to work or do hobbies	6. My skin condition makes me feel depressed	7. My skin condition burns or stings
5. My skin condition affects my social life	9. I worry about getting scars from my skin condition	10. My skin itches
8. I tend to stay at home because of my skin condition	12. I am ashamed of my skin condition	16. Water bothers my skin condition (bathing, washing hands)
11. My skin condition affects how close I can be with those I love	13. I worry that my skin condition may get worse	19. My skin is irritated
14. I tend to do things by myself because of my skin condition	15. I am angry about my skin condition	24. My skin is sensitive
17. My skin condition makes showing affection difficult	21. I am embarrassed by my skin condition	27. My skin condition bleeds
20. My skin condition affects my interactions with others	23. I am frustrated by my skin condition	
22. My skin condition is a problem for the people I love	26. I am humiliated by my skin condition	
25. My skin condition affects my desire to be with people	28. I am annoyed by my skin condition	
29. My skin condition interferes with my sex life		
30. My skin condition makes me tired		

Индекс качества жизни специфичный для розацеа (RosaQoL)

RosaQoL Items	Domains
1. I worry that my rosacea may be serious	Emotion
2. My rosacea burns or stings	Symptom
3. I worry about getting scars from my rosacea	Emotion
4. I worry that my rosacea may get worse	Emotion
5. I worry about side effects from rosacea medications	Emotion
6. My rosacea is irritated	Symptom
7. I am embarrassed by my rosacea	Emotion
8. I am frustrated by my rosacea	Emotion
9. My rosacea makes my skin sensitive	Symptom
10. I am annoyed by my rosacea	Emotion
11. I am bothered by the appearance of my skin (redness, blotchiness)	Emotion
12. My rosacea makes me feel self-conscious	Emotion
13. I try to cover up my rosacea (with makeup)	Function
14. I am bothered by persistence/reoccurrence of my rosacea	Emotion
15. I avoid certain foods or drinks because of my rosacea	Function
16. My skin feels bumpy (uneven, not smooth, irregular)	Symptom
17. My skin flushes	Symptom
18. My skin gets irritated easily (cosmetics, aftershaves, cleansers)	Symptom
19. My eyes bother me (feel dry or gritty)	Symptom
20. I think about my rosacea	Emotion
21. I avoid certain environments (heat, humidity, cold) because of my rosacea	Function

5. Для оценки показателей качества жизни используют русскоязычную версию опросника дерматологического индекса качества жизни (ДИКЖ) и Skindex-29 [2]. **ДИКЖ**, включающий 10 вопросов, детализирован по шести параметрам качества жизни: симптомы и ощущения (вопросы 1–2), ежедневная деятельность (вопросы 3–4), отдых (вопросы 5–6), работа и/или учеба (вопрос 7), межличностные отношения (вопросы 8–9), лечение (вопрос 10). Для оценки степени влияния кожного заболевания на качество жизни применяют 4-балльную шкалу с градацией от 0 до 3

баллов, где: 0 — влияния нет, 1 — незначительным образом, 2 — достаточно сильно, 3 — очень сильно. Максимально возможная сумма баллов — 30, при этом качество жизни пациента обратно пропорционально сумме баллов (табл. 2,3).

6. Опросник **Skindex-29** [2,7] состоит из 29 вопросов, запрашивает информацию о том, как часто (никогда, редко, иногда, часто, постоянно) в течение предыдущих четырех недель пациент испытывал описанные признаки по трем разделам: симптомы, эмоции и функции (табл. 4). Симптомы включают оценку по 7 признакам: 1) бо-

Skindex-29

Признаки	0	1	2	3
1. Папулы/пустулы	Папулы и пустулы менее 10	Папулы и пустулы от 11 до 20	Папулы и пустулы от 21 до 30	Папулы и пустулы от 30
2. Эритема	Ощутимой эритемы нет	Слабая (легкая) эритема либо с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу	Умеренно выраженная эритема либо с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу	Тяжелая (сильная) эритема или фиолетово-красный цвет либо с ограниченным поражением в центре, либо генерализованная по всему лицу
3. Телеангиэктазия	Отсутствует	Слабая, тонкие сосуды менее 0,2 мм в диаметре, занимающие менее 10% лица	Умеренная, несколько тонких сосудов и/или несколько более крупных диаметром более 0,2 мм в диаметре, занимающих от 10% до 30% лица	Много мелких сосудов и/или крупных сосудов, занимающих более 30% лица
4. Сухость кожи	Отсутствует	Слабая	Умеренная с незначительным шелушением	Сильная с выраженным шелушением и дерматитом
5. Жжение и покалывание	Отсутствует	Слабое	Умеренное	Сильное
6. Отек лица	Отсутствует	Слабый	Умеренный, мягкий	Сильный, персистирующий
7. Офтальмоморозацеа	Нет	Нерезко выраженная гиперемия конъюнктивы век, ощущение жжения, зуда, инородного тела	Конъюнктивит, гиперемия периорбитальной области, фоточувствительность (боязнь света)	Кератит; язва роговицы; перекорнеальная инъеция сосудов склеры; халазион

лезненность; 2) жжение или покалывание; 3) зуд; 4) неприятные ощущения при контакте с водой; 5) раздражение кожи; 6) чувствительность; 7) кровоточивость. Эмоциональное состояние оценивается 10 признаками: обеспокоенность состоянием кожи; чувство угнетенности; чувство стыда; беспокойство о том, что от кожного заболевания могут остаться рубцы; переживание об ухудшении состояния кожи; тревожное настроение; смущение; чувство униженности; раздражение по поводу состояния кожи; неприятие себя. Раздел «Функции» оценивается по 12 признакам, характеризующим влияние розацеи на качество сна; работу и хобби; социальную активность; сексуальную жизнь; одиноче-

ство; утомленность; нежелание выходить из дома; ограничение близости с другими людьми; затруднение в осуществлении повседневной деятельности; сложности в проявлении чувств; препятствие создания отношений с окружающими; ограничение тесного общения с родственниками. Все ответы преобразуются в линейную 100 – бальную шкалу, где 0 — никогда, 25 баллов — редко, 50 баллов — иногда, 75 баллов — часто и 100 баллов — всегда. Чем больше набранных баллов по каждому из разделов, тем ниже психологическое качество жизни пациента. А общая оценка по разделам вычислялась как среднее арифметическое по количеству вопросов. Расчетные пороговые значения могут быть использованы

в клинической практике для выявления пациентов с (очень) тяжелыми нарушениями качества жизни (≥ 52 балла по симптомам, ≥ 39 баллов по эмоциям, ≥ 37 баллов по функционированию и ≥ 44 по общему баллу).

Rosacea Quality of Life Index (RosaQoL), Индекс качества жизни специфичный для розацеа также является проверенным инструментом оценки качества жизни, состоящие из 21 вопроса, связанных с розацеа, сгруппированных в 3 подшкалы (симптомы, эмоции и функции), которые оцениваются от 1 балла (никогда) до 5 баллов (все время). Результаты по подшкалам и суммарные оценки усредняются и варьируются от 1 до 5 (табл. 5). Более высокие оценки как для ДИКЖ, так и для RosaQoL указывают на худшее качество жизни, связанное со здоровьем (health-related quality of life - HRQoL) [6].

Для изучения тяжести заболевания используют шкалу диагностической оцен-

ки розацеа (ШДОР), предложенную В.П. Адаскевичем [1]. Шкала включает оценку выраженности клинической картины по следующим симптомам розацеа: эритема, телеангиэктазия, количество папул и пустул, сухость и отек кожи лица и офтальморозацеа (табл. 6). Максимальное количество баллов, указывающее на тяжелую форму розацеа, составляет – 21 балл, минимальное количество баллов – 0 баллов. Данный метод может быть использован для оценки эффективности терапии у больных розацеа.

Представленные дерматологические индексы при розацеа имеют большое практическое значение, поскольку позволяют оценить степень выраженности клинических признаков дерматоза, его влияние на качество жизни пациента и психо-эмоциональное состояние и могут быть использованы для оценки эффективности терапии и оптимизации лечебно-реабилитационной тактики.

Список литературы

1. Адаскевич, В.П. *Диагностические индексы в дерматологии [Текст] / В.П. Адаскевич // Н.Новгород: Медицинская книга. - 2004: - С. 118-120.*
2. Feldman, S. *Rosacea an Issue of Dermatologic Clinics [Text]. 1st Edition / S. Feldman, L. Cardwell, S. Taylor. - 2018. - 362 p.*
3. Fowler, J. *Once-daily topical brimonidine tartrate gel 0.5% is a novel treatment for moderate to severe facial erythema of rosacea: results of two multicentre, randomized and vehicle-controlled studies [Text] / J. Fowler, M. Jarratt [et al.] // British Journal of Dermatology. - 2012. - Vol.166. - P.633-641.*
4. Fowler, J. *Treatment of facial erythema in patients with rosacea with topical brimonidine tartrate: correlation of patient satisfaction with standard clinical endpoints of improvement of facial erythema [Text] / J. Fowler [et al.] // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology. - 2015. - Vol. 29, № 3. - P. 474-481.*
5. Kawata, A.K. *Flushing Assessment Tool (FAST): psychometric properties of a new measure assessing flushing symptoms and clinical impact of niacin therapy [Text] / A.K. Kawata [et al.] // Clin. Drug. Investig. - 2009. - Vol. 29, №4. - P. 215-229.*
6. Nicholson. *A pilot quality-of-life instrument for acne rosacea [Text] / Nicholson // Journal of the American Academy of Dermatology. - 2007. Vol. 57. P. 213-221.*
7. Prinsen, C.A. *Health-Related Quality of Life Assessment in Dermatology: Interpretation of Skindex-29 Scores Using Patient-Based Anchors [Text] / C.A. Prinsen // J. Invest. Dermatol. - 2010. - Vol.130. - P.1318-1322.*
8. Webster, G. *Defining treatment success in rosacea as 'clear' may provide multiple patient benefits: results of a pooled analysis [Text] / G. Webster., M. Schaller [et al.] // Journal of Dermatological Treatment. - 2017. - Vol. 28, №5. - P.469-474.*

Krasnoshchekikh A.A.

DERMATOLOGICAL INDEXES FOR DETERMINING THE SEVERITY OF ROSACEA

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

Summary

Modern diagnostic dermatological scales for assessing the severity and effectiveness of rosacea treatment are presented.

Keywords: *rosacea, diagnostic scales, dermatological indices.*

УДК 616.916.1/4-036.22(477.62-21)

Бодня Т.О., Лыгина Ю.А., Бевза Я.В., Андреев Р.Н., Зятъева А.П.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КРАСНУШНОЙ ИНФЕКЦИИ В Г. ДОНЕЦКЕ В 2014-2018 ГГ.

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

Резюме

В настоящее время в г. Донецке отмечается снижение заболеваемости краснушной инфекцией. Эпидемический процесс реализуется, преимущественно, за счет непривитого детского населения. Низкий охват вакцинопрофилактикой связан с наличием медотводов и недостаточным снабжением специфическими иммунобиологическими препаратами.

Ключевые слова: краснуха, заболеваемость, эпидемический процесс, вакцинопрофилактика.

Краснуха относится к социально-значимым заболеваниям вследствие повсеместного распространения и высокого уровня заболеваемости и наиболее опасна для беременных из-за риска внутриутробного заражения плода. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) число случаев синдрома врожденной краснухи (СВК) составляет 0,13% от общей заболеваемости этой инфекцией [6]. При СВК, помимо пороков развития плода, могут возникнуть поздние осложнения: панэнцефалит, сахарный диабет, тиреоидит. Кроме манифестных форм болезни, регистрируются атипичная, стертая и бессимптомная форма [7]. У взрослых заболевание краснухой протекает тяжелее, чем у детей и характеризуется длительной лихорадкой, суставным синдромом, развитием полиорганной патологии [7].

РНК-содержащий вирус краснухи относится к семейству *Togaviridae*, роду *Rubivirus*. Он тропен к слизистым оболочкам респираторного тракта, коже, лимфати-

ческой системе [2]. При типичном течении краснухи основное диагностическое значение имеет кожная сыпь — бледно-розового цвета, мелкопятнистая или пятнисто-папулезная, на неизменном фоне кожи. Элементы ее не сливаются друг с другом, имеют одинаковый размер, ровные края, не возвышаются над здоровыми кожными покровами. Сыпь возникает в первые сутки заболевания на лице, груди, животе, разгибательных поверхностях конечностей. На подошвах и ладонях сыпь отсутствует. Иногда мелкие единичные высыпания появляются на слизистой оболочке рта [2]. Однако необходимо отметить, что, по данным некоторых специалистов, сыпь возникает лишь в 50-80% случаев заболевания, что обуславливает стертые и атипичные формы клинических проявлений данной инфекции.

Целью нашего исследования было изучение современных характеристик эпидемического процесса краснушной инфекции в г. Донецке.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости краснухой за период 2014-2018 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2007.

Результаты

В течение исследуемого периода заболеваемость краснухой составляла в среднем $0,46 \pm 0,04$ на 100 тыс. населения. При этом, в 2017 г. случаи заболевания краснушной инфекцией не регистрировались. В последние годы имеется определенная тенденция к снижению заболеваемости краснухой, связанная с ростом охвата профилактической вакцинацией против этой инфекции.

Согласно публикациям отечественных и зарубежных специалистов, введение профилактической вакцинации изменило основные проявления эпидемического процесса краснухи, возрастную структуру заболевших, формирование очагов. Известно, что в довакцинальный период доля контингентов старше 15 лет составляла до 13% в структуре заболевших краснухой, а цикличность многолетней заболеваемости составляла 3-4 года [3].

По данным проведенного нами ретроспективного эпидемиологического анализа, эпидемический процесс краснухи в г. Донецке в изучаемый период реализовался, в основном, за счет детского населения. Дети 0-17 лет составляли $63,61 \pm 0,48\%$ в общей структуре заболеваемости, взрослые — $36,39 \pm 0,48\%$. Доля привитых среди заболевших на протяжении всего исследуемого периода находилась на уровне $52,25 \pm 3,18\%$, непривитые составляли $47,75 \pm 3,18\%$. Во всех случаях заболевания непривитых детей, отсутствие у них вакцинации было связано с медотводами.

Краснуха в современных условиях склонна к атипичной форме течения, которая регистрируется у 60-70% заболевших детей. Удельный вес типичной формы краснухи, как правило, выше в семейных очагах и хирургическом стационаре [4, 5]. По данным научных публикаций, в настоящее время краснуха в 2 раза чаще встречается у мальчиков, в то время, как в довакцинальный период она регистрировалась одинаково часто у девочек и мальчиков [4, 5].

План по профилактической вакцинации против краснушной инфекции в г. Донецке выполнялся не полностью (в основном, вследствие дефицита иммунобиологических препаратов в период 2014-2016 гг.): за исследуемый период было вакцинировано $78,6 \pm 14,5\%$ подлежащих контингентов, ревакцинировано — $49,4 \pm 11,2\%$. Наиболее низкий охват профилактической иммунизацией отмечался в 2015 году, когда было привито 6,0% детей в 1 год, ревакцинировано 4,0% детей в 6 лет. Из 19 проанализированных показателей критерия эпидблагополучия (50,0%) в 2015 г. ни один не достиг выполнения объемов иммунизации. Таким образом, суммарное выполнение плана профилактических прививок ниже показателя предыдущего года в 2,8 и ниже критериев эпидемического благополучия в 8,3 раза. Крайне низкое выполнение плана иммунизации связано с неудовлетворительным обеспечением иммунобиологическими препаратами в 2015 г.

Вследствие угрозы поражения плода у беременных, во всем мире постоянно проводится мониторинг и изучение молекулярной эпидемиологии краснухи. По данным различных авторов, риск развития врожденных пороков органов зрения, слуха, сердечно-сосудистой системы составляет в среднем 45-55%, или 10% от общего числа врожденных аномалий [7]. Врожденные дефекты, выявляемые в первые годы жизни детей, матери которых перенесли краснуху до 8-й недели беременности, могут составлять до 70-85%. Во время эпидемий врожденная краснуха может быть причиной уродств у 2 и более процентов всех родившихся живыми детей [7].

Необходимо проведение наблюдений и лабораторных обследований иммунологи-

ческими и молекулярными методами пациентов с врожденной и приобретенной краснухой для дальнейшего разграничения фаз инфекционного процесса (первичное инфицирование, реинфекция, персистенция) [7].

Согласно докладу о ходе осуществления Глобального плана действий в отношении вакцин (ГПДВ) за 2018 г., подготовленному Стратегической консультативной группой экспертов ВОЗ (СКГЭ) по иммунизации, борьба с краснухой ведется недостаточно активно [1]. Так, 42 страны до сих пор не внедрили вакцинацию от краснухи, а

два региона (Африканский регион и Регион Восточного Средиземноморья) до сих пор не установили целевых показателей в области элиминации краснухи или борьбы с ней [1].

Выводы

Установленные особенности эпидемического процесса краснухи в г. Донецке свидетельствуют о строгой необходимости профилактической вакцинации населения против краснухи для поддержания надлежащего уровня коллективного иммунитета как среди детей, так и взрослых.

Список литературы

1. Краснуха [Электронный ресурс] // информационный бюллетень ВОЗ. – Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/rubella>, свободный (дата посещения: 13.05.2020).
2. Овсянников, Д. Ю. Дифференциальная диагностика инфекционных экзантем у детей [Текст] / Д. Ю. Овсянников // *Детские инфекции*. – 2015. – Т. 14, №. 1. – С. 49-54.
3. Поздняков, А. А. Проявления эпидемического процесса кори и краснухи на современном этапе [Текст] / А. А. Поздняков, О. П. Чернявская // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2018. – Т. 17, №. 5 (102). – С. 45-53.
4. Effectiveness of Rubella vaccine in a rubella outbreak in Guangzhou city, China, 2014 [Text] / C. Chang [et al.] // *Vaccine*. – 2015. – Vol. 33, № 28. – P. 3223-3227.
5. Minakami, H. Causes of a nationwide rubella outbreak in Japan, 2012–2013 [Text] / H. Minakami, T. Kubo, N. Unno // *Journal of Infection*. – 2014. – Vol. 68, № 1. – P. 99-101.
6. The state of measles and rubella in the WHO European Region, 2013 [Text] / M. Muscat [et al.] // *Clinical Microbiology and Infection*. – 2014. – Vol. 20. – P. 12-18.
7. Vynnycky, E. The impact of Measles-Rubella vaccination on the morbidity and mortality from Congenital Rubella Syndrome in 92 countries [Text] / E. Vynnycky, T. Papadopoulos, K. Angelis // *Human vaccines & immunotherapeutics*. – 2019. – Vol. 15, № 2. – P. 309-316.

Bodnya T.O., Lygina Yu.A., Bevza Ya.V., Andreev R.N., Zyatieva A.P.

BASIC CHARACTERISTICS OF THE EPIDEMIC PROCESS OF RUBELLA INFECTION IN THE CITY OF DONETSK IN 2014-2018

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

Summary

Currently, in Donetsk, there is a decrease in the incidence of rubella infection. The epidemic process is being implemented mainly due to the unvaccinated child population. Low vaccination coverage is associated with the presence of medical devices and an insufficient supply of immunobiological drugs.

Key words: *rubella, incidence, epidemic process, vaccine prophylaxis.*

УДК 616.915-036(1-31)

Коцюрба А.Р., Максимова М.А., Жадан Е.С., Лыгина Ю.А., Зятъева А.П.

ОСОБЕННОСТИ ДИНАМИКИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ КОРЬЮ В КРУПНОМ ПРОМЫШЛЕННОМ ГОРОДЕ И АКТУАЛЬНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ЕЕ ПРОФИЛАКТИКИ

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

Резюме

Проанализирована заболеваемость коревой инфекцией в г. Донецке. Установлены ее современные эпидемиологические особенности: эпидемический процесс кори в изучаемый период реализовался, в основном, за счет детского населения, дети 0-17 лет болели в 6,4 раза чаще, чем взрослые; наиболее подвержены заболеванию дети до 1 года, каждый пятый из заболевших взрослых – медицинский работник, 77% заболевших корью не привиты ранее, однократно привиты или не имеют сведений о прививках.

Ключевые слова: *корь, заболеваемость, эпидемический процесс, вакцинопрофилактика.*

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), в мире ежегодно регистрируется до 3 млн. случаев заболевания корью. В довакцинальный период корь являлась одной из основных причин смерти среди детей раннего возраста - ежегодно во всем мире от кори умирало свыше 10 млн. детей [4]. С введением вакцинопрофилактики, глобальная заболеваемость значительно снизилась. Кроме того, по данным научных публикаций, отмечается снижение детской смертности от кори на 79%. До 98% смертности от кори приходится на детей развивающихся стран, где отсутствует плановая активная иммунизация против данной инфекции [1, 7]. Основной причиной летальных исходов являются осложнения со стороны респираторного тракта (пневмонии, ларингит, бронхит, бронхиолит, плеврит), центральной нервной системы (энцефалиты, менингиты, менингоэнцефалиты, энцефаломиелиты), желудочно-кишечного тракта (диарея, энтерит, колит) [4, 7, 9].

Для кори типична пятнисто-папулезная кожная сыпь — обильная, склонная к слиянию, иногда с геморрагическим компонентом. Этапность сыпи является характерным признаком — сыпь появляется сначала на коже лица, затем туловища и конечностей. Также отмечается эволюция элементов сыпи: небольшие пятна быстро увеличиваются, на отдельных участках тела сливаются в сплошную эритематозную поверхность [6]. Следует отметить, что в продромальном периоде на слизистой щек, преимущественно в области проекции моляров, появляются желтовато-белые высыпания, т.н. пятна Филатова-Коплика. Они держатся 2-3 дня, и с появлением сыпи на коже постепенно исчезают [3].

По данным Европейского бюро ВОЗ в 2018 г. в странах Европы зарегистрировано рекордное за последние 10 лет число случаев кори. Инфекция постепенно утрачивает статус детской, она поражает все возрастные категории, наибольшая частота заболеваний отмечается в возрастной группе

14-25 лет. Повзреление кори объясняется потерей гуморального иммунитета через 10 лет, только у 36% вакцинированных сохраняются защитные титры антител [5, 8, 10]. В 10 странах, в т.ч. Украине и Российской Федерации, с которыми Донецкая Народная Республика (ДНР) имеет общие границы, зарегистрировано 92% всех случаев кори. Учитывая это, а также миграцию населения в условиях боевых действий и низкий охват прививками против кори, риск заноса и распространения инфекции в ДНР оставался высоким.

Целью нашего исследования было выяснение современной эпидситуации по кори и комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий в г. Донецке.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ материалов официальной регистрации заболеваемости корью за период 2015-2019 гг. по данным Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения ДНР. Статистическая обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2007.

Результаты

В течение исследуемого периода заболеваемость корью в г. Донецке составляла в среднем $2,86 \pm 1,46$ на 100 тыс. населения. При этом в 2015-2016 гг. случаи заболевания корью не регистрировались. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости — в 2018-2019 гг. уровень заболеваемости увеличился более, чем в 20 раз, по сравнению с предыдущим годом.

В 2017 г. в Донецке произошел занос коревой инфекции из Шри-Ланки, что подтверждено выделением в ФБУН МНИИЭМ им. Г.Н. Габричевского вируса генотипа D8 (Индия). В декабре 2017 – январе 2018 г. произошло несколько одновременных заносов кори на территорию ДНР из Российской

Федерации (подтверждено выделением вируса генотипа B3, циркулирующего в РФ с 2017 г.) и Украины. Распространение инфекции происходило с формированием множественных эпидемических очагов [2].

Эпидемический процесс кори в изучаемый период реализовался, в основном, за счет детского населения. Также регистрировались случаи внутрибольничной заболеваемости корью, в том числе и среди медицинских работников ($20,5 \pm 3,61\%$).

При анализе структуры заболевших корью в течение исследуемого периода установлены ее эпидемиологические особенности. Среди заболевших дети 0-17 лет составляли $85,9 \pm 1,53\%$, а взрослые — $14,1 \pm 1,86\%$, при этом больше половины из них ($53,3 \pm 2,48\%$) - в возрасте 30 лет и старше, $13,0 \pm 2,48\%$ - в возрасте 20-29 лет. Самой уязвимой группой населения являлись дети до 1 года, заболеваемость их превышала совокупный уровень в 21,6 раза. В эпидемический процесс были вовлечены медработники учреждений здравоохранения ДНР — $20,5 \pm 1,46\%$ (39 человек в 2018 г., 28 человек — в 2019 г.).

Установлено, что 77% заболевших корью не привиты ранее, однократно привиты или не имеют сведений о прививках. Из числа заболевших 60% контактировали с больными корью, 26,7% - выезжали до начала заболевания за пределы ДНР.

В условиях стационара были пролечены $80,0 \pm 1,46\%$ заболевших, организован 1 стационар на дому в связи с отказом от госпитализации. Выявлено контактных лиц в очагах – 548 (в 2019 г. - 602 чел.), проведено наблюдение, из них заболело - 6 человек. В 2018 г. было иммунизировано – 23 человека из числа контактных лиц (в т.ч. 7 детей), в 2019 г. - 17 контактных.

Иммунизировано планоно против кори в 2018 детей в возрасте 1-17 лет - 68,2%, в том числе до 2-х лет – 72%, до 7 лет – 68,5%. В 2019 г. запланировано на иммунизацию планоно и внепланоно около 13 тыс. человек. Привито 10 тыс. или 81,9%, что соответствует 96,5% от количества полученной вак-

цины. Охват вакцинацией и ревакцинацией детей 1-17 лет составил 70,1%, в том числе в возрасте до 2-х лет – 74,2%, до 7 лет – 67,9%. Внеплановой иммунизацией взрослое население было охвачено на 84,5%, в том числе медработники – на 99,5%. Суммарное выполнение планов по кори (вместе с взрослым населением) составило 81,9%.

Выводы

Таким образом, эпидемический процесс кори в г. Донецке реализовался за счет детей первого года жизни. Основной при-

чиной неблагополучия по кори является снижение охвата плановой иммунизацией против кори детей и взрослых. Многие из заболевших детского возраста, проживающих в г. Донецке, были не привиты, т. к. им еще не исполнилось 12 месяцев, а их матери не имели иммунитета к кори. Поэтому, следует пересмотреть возраст начала прививок тривакциной и обсудить возможность его переноса на 10-месячный возраст. Кроме того, необходимо усилить санитарную охрану границ в связи с наличием заноса кори на территорию ДНР.

Список литературы

1. Волянская, Л.А. Неконтролируемость кори в эпоху управляемых инфекций [Текст] / Л.А. Волянская, Е.И. Бурбела, Л.Б.Романюк // *Здоровье ребенка*. – 2019. – Т. 14, № 4. – С. 242-249.
2. Домашенко, О.Н. Клинико-эпидемиологические особенности кори 2018 года в Донецке [Текст] / О.Н. Домашенко, В.А. Гридасов [и др.] // *Университетская клиника*. – 2019. – № 1 (30). – С. 54-57.
3. Зыкеева, С.К. Изменения слизистой оболочки полости рта при различных заболеваниях у детей и подростков [Текст] / С.К. Зыкеева, М.О. Билисбаева // *Вестник Казахского Национального медицинского университета*. – 2019. – № 1. – С. 182-186.
4. Кереева, З.Ш. Клинико-эпидемиологические особенности заболеваемости коревой инфекцией [Текст] / З.Ш. Кереева, М.Я. Шаваева, Л.А. Казанова // *Новая наука: Теоретический и практический взгляд*. – 2016. – № 117-3. – С. 53-58.
5. Ноздрачева, А.В. Иммунологическая восприимчивость населения мегаполиса к кори на этапе ее элиминации [Текст] / А.В. Ноздрачева, Т.А. Семенов [и др.] // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2019. – Т. 18, № 2. – С. 18-26.
6. Овсянников, Д. Ю. Дифференциальная диагностика экзантем у детей [Текст] / Д.Ю. Овсянников, Е.Ю. Тимаков, И.Е. Колтунов // *Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение*. – 2017. – № 5(22). – С. 12-21.
7. Поздняков, А. А. Проявления эпидемического процесса кори и краснухи на современном этапе [Текст] / А.А. Поздняков, О.П. Чернявская // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2018. – Т. 17, № 5 (102). – С. 45-53.
8. Семенов, Т.А. Особенности проявлений эпидемического процесса кори в Москве в 1992-2014 годах [Текст] / Т.А. Семенов, Е.Б. Ежлова [и др.] // *Эпидемиология и вакцинопрофилактика*. – 2015. – Т. 14, № 6 (85). – С. 16-22.
9. Тимченко, В.Н. Актуальные проблемы коревой инфекции [Текст] / В.Н. Тимченко, Т.А. Каплина [и др.] // *Педиатр*. – 2017. – Т. 8, № 3. – С. 120-129.
10. Юнасова, Т.Н. Анализ заболеваемости корью в России и проблемы профилактики кори на этапе элиминации [Текст] / Т.Н. Юнасова, Д.В. Горенков [и др.] // *БИОпрепараты. Профилактика, диагностика, лечение*. – 2019. – Т. 19, № 3. – С. 154-160.

Kotsyurba A.R., Maksimova M.A., Zhadan E.S., Lygina Yu.A., Zyatieva A.P.

PECULIARITIES OF DYNAMICS OF MEASLES INCIDENCE IN LARGE INDUSTRIAL CITY AND ACTUAL DIRECTIONS OF ITS PREVENTION

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

Summary

The incidence of measles infection in Donetsk was analyzed. Its modern epidemiological features were established: the measles epidemic process in the study period was realized mainly due to the children's population, children 0-17 years old were sick 6.4 times more often than adults; children under 1 year of age are most susceptible to the disease, one in five of sick adults is a medical professional, 77% of people with measles have not been vaccinated before, have been vaccinated once or have no information about vaccinations.

Key words: *measles, incidence, epidemic process, vaccine prophylaxis.*

УДК 616.914-036.2(477.62)

Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н., Бодня Т.О., Бевза Я.В., Зятъева А.П.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И ОСОБЕННОСТИ ПРОФИЛАКТИКИ ВЕТРЯНОЙ ОСПЫ В Г. ДОНЕЦКЕ В 2012-2019 ГГ.

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

Резюме

Установлены современные тенденции заболеваемости ветряной оспой населения Донецкой Народной Республики. Определена периодичность колебаний уровней заболеваемости этой инфекцией. Было показано, что эпидемический процесс ветряной оспы реализуется посредством вовлечения в него детского населения. Среди современных клинико-морфологических симптомов этого заболевания у детей отмечены типичные кожные проявления с полиморфизмом элементов, а также буллезные и геморрагические формы высыпаний у лиц с иммунными дефицитами.

Ключевые слова: ветряная оспа, заболеваемость, эпидемиология, эпидемический процесс, дети, вакцинация, профилактика, колебания.

Ветряная оспа (ВО), как заболевание, широко распространена в мире. Случаи заболевания ею регистрируются повсеместно, а степень контагиозности (базовое репродуктивное число) R_0 составляет, по данным зарубежных исследователей, от 3,3 до 16,9 [1]. Эпидемический процесс этой инфекции реализуется преимущественно за счет детей [2], у взрослых же больных риск осложнений и летального исхода ВО в 10–20 раз выше [2, 3]. В последние годы отмечается тенденция к росту заболеваемости среди старших возрастных групп населения [4, 5, 6].

Вместе с тем, тяжелые осложнения ВО чаще регистрируются у детей с нарушениями работы иммунной системы. Особенно тяжелым отмечается течение ВО у детей с первичными и вторичными иммунодефицитами и гематологическими заболеваниями, уровень осложнений болезни среди них достигает 30-50% [2, 3, 6, 7] с зарегистрированными летальными случаями. Причиной

летальных исходов была генерализованная форма ВО с бактериальными осложнениями [6]. На развитие указанных осложнений влияет также неблагоприятный преморбидный фон ребенка (врожденные пороки развития, перинатальное поражение нервной системы, сепсис новорожденных, острый гломеруло-нефрит, пищевая аллергия, частые ОРВИ). Согласно исследованиям отечественных и зарубежных специалистов, в последние годы наблюдается патоморфоз ВО с преобладанием атипичных форм заболевания, удлинением инкубационным периодом, продолжительной фебрильной лихорадкой до 4-5 суток без высыпаний на коже или наличием нетипичной экзантемы (буллезная, геморрагическая форма ВО) [2, 5, 7]

В настоящее время ВО является инфекционным заболеванием, частично управляемым средствами специфической профилактики. В ряде стран, таких как Австрия, Бельгия, Дания, Ирландия,

Исландия, Литва, Мальта, Нидерланды, Чешская республика, Финляндия, Франция, Польша, Словения, вакцинация против ВО проводится только среди контингентов риска. В США, Австралии, Канаде, Германии, Латвии прививка включена и в национальные календари прививок [8, 9].

В Донецкой Народной Республике (ДНР) вакцина против ВО, по ряду причин, не входит в календарь плановых прививок, но приказом № 2036 от 13.11.2017 г. “Об утверждении Календаря обязательных профилактических прививок Донецкой Народной Республики” она рекомендована для вакцинации по эпидемическим показателям детей и взрослых из групп риска.

Цель: Изучить многолетнюю динамику эпидемического процесса ВО и установить его современные характеристики в промышленном регионе на примере г. Донецка.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ по материалам официальной регистрации заболеваемости ВО за период 2012-2019 гг. по данным Донецкого городского центра Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора госсанэпидслужбы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (СЭН ГСЭС МЗ ДНР). Кроме того, проанализированы данные официальной заболеваемости ВО в Донецкой области за период 1971-2012 гг. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office 2007.

Результаты

Проведенный ретроспективный анализ показателей заболеваемости ВО населения Донецкой области за 42-летний период наблюдения (1971-2012 гг.) свидетельствует о волнообразной динамике эпидемического процесса этой инфекции. В условиях естественного развития эпидемического процесса распределение заболеваемости по годам было неравномерным и находилось в

пределах от 197,9 на 100 тыс. населения в 1997 г. до 747,4 на 100 тыс. населения в 1986 г. (см. рис.) [10]. Среднемноголетний показатель заболеваемости ВО составлял $460,6 \pm 134,66$ на 100 тыс. населения. Наблюдалась умеренная тенденция к снижению (средний темп прироста равнялся — 1,83%).

В многолетней динамике ВО нами было выделено два периода: первый (1971-1993 гг.) характеризовался высоким уровнем заболеваемости, средний показатель составил $567,8 \pm 81,89$ на 100 тыс. населения в течение второго периода (1994-2012 гг.) Уровень заболеваемости ВО был в 1,6 раз ниже ($354,1 \pm 76,02$ на 100 тыс. населения) по сравнению с первым ($p < 0,05$).

С 1971 г. по 1986 г. наблюдалась умеренная тенденция к росту заболеваемости (средний темп прироста +0,95%). Начиная с 1987 г. уровень заболеваемости постепенно снижался до 1997 г. (средний темп прироста -5,47%), согласно теории саморегуляции паразитарных систем В.Д. Белякова, в динамике отмечалась фаза резервации возбудителя [11]. Начиная с 1998 г., регистрировалось постепенное повышение уровня заболеваемости ВО (средний темп прироста +1,65%), самый высокий показатель зарегистрирован в 2011 г. - 514,1 на 100 тыс. населения, достигший уровня заболеваемости в первом периоде. С 1998 г. эпидемический процесс ветряной оспы вступил в фазу эпидемического распространения [11].

В многолетней динамике заболеваемости ВО выявлены циклические колебания. В первый период отмечено 7 подъемов заболеваемости ВО, интервал между ними составлял 3 года. Во второй период рост показателей заболеваемости регистрировался каждые 4-5 лет. Возможно, происхождение циклических колебаний связано с нарастанием заболеваемости в фазе подъема, когда формируется и растет прослойка иммунных лиц (за счет переболевших в текущий период подъема заболеваемости). Увеличение доли иммунных к вирусу ВО лиц в общей популяции населения приводит к истощению вирулентного потенциала возбудителя

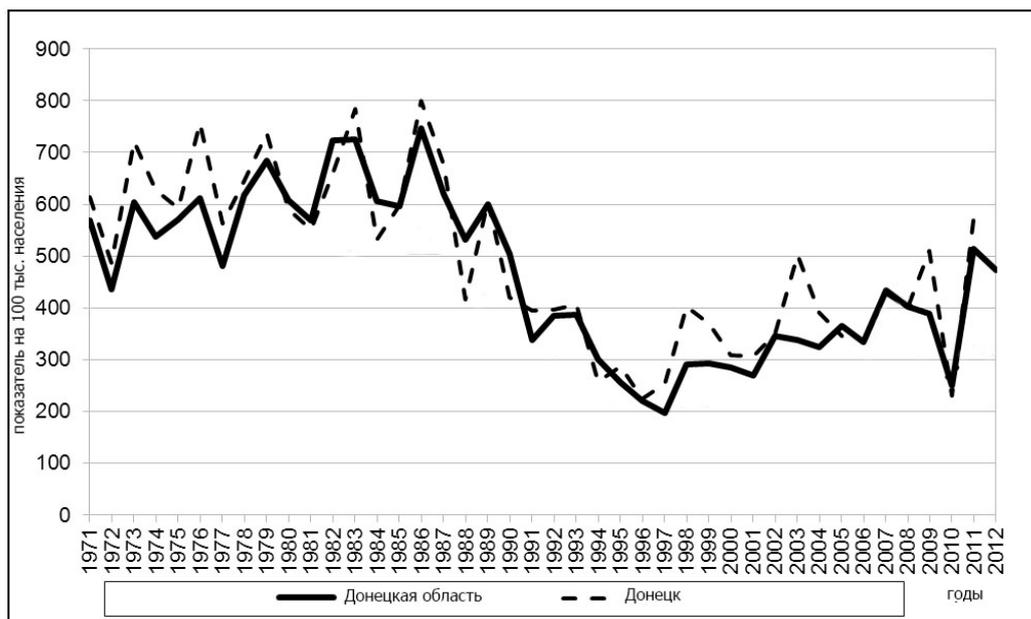


Рисунок. Динамика заболеваемости ветряной оспой в Украине, Донецкой области и Донецке за период 1971-2012 гг. (в интенсивных показателях на 100 тыс. нас.)

и снижению заболеваемости этой инфекцией. Фаза снижения заболеваемости соответствует времени, в течение которого происходит накопление в популяции необходимой и достаточного количества восприимчивых к ветряной оспе человек [4, 12].

Согласно проведенным нами эпидемиологическим исследованиям и наблюдениям отечественных и зарубежных ученых, современной особенностью эпидемического процесса ВО является циклический характер заболеваемости, который имеет периодические подъемы и спады с интервалом 2-7 лет. Обнаружена также характерная для ветряной оспы особенность в виде больших циклов длительностью более 20 лет, которая объясняется накоплением критической массы восприимчивых индивидов и дает рост заболеваемости в отдельные годы [4, 12]. Приобретенный иммунитет детского и взрослого населения вследствие широкого распространения ВО приводит к снижению заболеваемости этой инфекцией [12]. Однако, по утверждению Веммер В., 1999, в больших городах заболеваемость ветряной оспой распространяется без периодичности [13]. Достоверно подтвердить эту гипотезу пока невозможно, потому что в доступной

научной литературе недостаточно освещены данные о многолетней динамике и периодичности заболеваемости ветряной оспой в мегаполисе.

Периодичность в многолетней динамике заболеваемости ВО связано не только с накоплением восприимчивых лиц в популяции, но и с экзогенными факторами, имеющими глобальное значение - такими, как магнитные бури и колебания магнитного поля Земли. Динамика заболеваемости ВО находится в противофазе с динамикой количества магнитных бурь. Таким образом, на популяционном уровне высокие параметры магнитного поля Земли в эти годы могут быть ассоциированы с низкими параметрами заболеваемости ВО населения региона, в связи с тем, что магнитные бури и повышенная активность магнитного поля Земли негативно влияют на распространение возбудителя ВО [14].

Заболеваемость ВО в г. Донецке за период наблюдения 2012-2019 гг. составила в среднем $325,8 \pm 22,6$ на 100 тыс. населения. Рост заболеваемости на 113,9 % с 2012 по 2013 гг., в 3,2 раза на протяжении 2015-2016 гг., на 52 % - в 2016-2017 гг. связан с периодичностью, свойственной данной инфек-

ции. Это следует из анализа динамики эпидемического процесса ВО в регионе за ряд лет, которая характеризуется периодами подъема заболеваемости этой инфекцией на протяжении каждых 2-3 лет.

В общей структуре инфекционных заболеваний удельный вес ВО составлял 4,4 %. Эпидемический процесс ВО реализовался в основном за счет детского населения: 92,8-93,3 % заболевших составляли дети в возрасте до 17 лет, из них 90,3% - из организованных коллективов. В детских дошкольных и школьных образовательных учреждениях регистрировались очаги ВО, в которых был от 5 до 40 заболевших. ВО в отдельные годы также регистрировалась как внутрибольничная инфекция - 3,0% в общей структуре инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи (ИСМП) в 2017 г., 10,6 % - в 2016 г.

В связи с тем, что плановая вакцинопрофилактика ВО в ДНР не проводится, основные профилактические и противоэпидемические мероприятия должны быть направлены на своевременное выявление и

изоляцию источника инфекции и разобщение контактных лиц. Наибольшее значение имеют противоэпидемические мероприятия в организованных коллективах, в том числе в детских дошкольных и школьных учреждениях.

Выводы

Таким образом, заболеваемость ВО в настоящее время является актуальной проблемой Донецкого региона. В эпидемическом процессе ВО за последние годы отмечается рост заболеваемости, что определяет необходимость оптимизации и повышения эффективности проводимого ранее комплекса профилактических и противоэпидемических мероприятий. Для предотвращения заноса, возникновения и распространения ВО в качестве внутрибольничной инфекции медицинские работники должны строго выполнять санитарно-противоэпидемические мероприятия в очагах ВО - как в организованных, так и в квартирных. Оптимальной была бы их своевременная вакцинация против ВО.

Список литературы

1. Веммер, У. Ветряная оспа [Текст] / У. Веммер // Биологическая терапия. - 1999. - № 3. - С. 33-34.
2. Гузовская, Т. С. Ветряная оспа: эпидемиологические особенности [Текст] / Т. С. Гузовская, Г. Н. Чистенко // Военная медицина. - 2014. - № 1. - С. 115-118.
3. Мамедов, М. К. Теория саморегуляции эпидемического процесса - основа перспектив развития эпидемиологии [Текст] / М. К. Мамедов // Биомедицина (Баку). - 2012. - № 3. - С. 47-55.
4. Особенности эпидемического процесса ветряной оспы в Донецкой области [Текст] / Т. А. Романенко [и др.] // Проблемы военного здравоохранения. - 2013. - № 39. - С. 312-320.
5. Современные особенности эпидемического процесса ветряной оспы [Текст] / Е. М. Воронин [и др.] // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. - 2010. - № 6 (55). - С. 17-23.
6. Структура осложнений VZV инфекции у взрослых и детей и ее взаимосвязь с генотипами вируса ветряной оспы/опоясывающего лишая [Текст] / Н. Н. Попов [и др.] // Вестник Харьковского национального университета имени В. Н. Каразина. Серия Медицина. - 2012. - № 24. - С. 91-98.
7. Трихлеб, В. И. Ветряная оспа у лиц взрослого возраста [Текст] / В. И. Трихлеб, Б. М. Горишний // Инфекционные болезни. - 2008. - № 2. - С. 65-69.
8. Чистенко, Г. Н. Эпидемиологические особенности заболеваемости ветряной оспой в Беларуси [Текст] / Г. Н. Чистенко, Т. С. Гузовская // Военная медицина: научно-практический рецензируемый журнал. - 2010. - №

4. – С. 86–89.
9. Эпидемический процесс ветряной оспы и состояние магнитного поля Земли [Текст] / Т. С. Гузовская [и др.] // *Военная медицина: научно-практический рецензируемый журнал*. – 2010. – № 1. – С. 101–105.
10. Al-Tawfiq, J. A. *Epidemiology and impact of varicella vaccination: A longitudinal study 1994–2011* [Text] / J. A. Al-Tawfiq, A. AbuKhamis, Z. A. Memish // *Travel medicine and infectious disease*. – 2013. – Vol. 11, № 5. – P. 310–314.
11. *Chickenpox: presentation and complications in adults* [Text] / [A. H. Abro [et al.] // *J. Pak. Med. Assoc.* – 2009. – Vol. 59, № 12. – P. 828–831.
12. *Evaluation of Australia's varicella vaccination program for children and adolescents* [Text] / K. Ward [et al.] // *Vaccine*. – 2013. – Vol. 7, № 10. – P. 1413–1419.
13. *Respiratory Complications in Children Hospitalized with Varicella* [Text] / E. Kuchar [et al.] // *Neurobiology of Respiration*. – 2013. – Vol. 788. – P. 97–102.
14. *The comparative sero-epidemiology of varicella zoster virus in 11 countries in the European region* [Text] / A. Nardone [et al.] // *Vaccine*. – 2007. – Vol. 25, № 45. – P. 7866–7872.

Lygina Yu.A., Andreev R.N., Bodnya T.O., Bevza Ya.V., Zyatieva A.P.

DYNAMICS OF MORBIDITY AND PREVENTION FEATURES OF CHICKENPOX IN DONETSK IN 2012-2018

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

Summary

The current trends in the incidence of chickenpox in the population of the Donetsk People's Republic are established. The frequency of fluctuations in the incidence of this infection was determined. It was revealed that the epidemic process of chickenpox is realized through the involvement of the child population. Among the current clinical and morphological symptoms of this disease in children, typical skin manifestations with polymorphism of elements, as well as bullous and hemorrhagic rashes in people with immune deficiencies, are noted.

Key words: *chickenpox, varicella-zoster virus, incidence, epidemiology, epidemic process, children, vaccination, prevention, fluctuations.*

УДК 616.995.42:578.856.5]-036.2-07-084(477.62)

Максимова М.А., Коцюрба А.Р., Жадан Е.С., Лыгина Ю.А., Андреев Р.Н.

ОСНОВНЫЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ, ДИАГНОСТИКИ И ПРОФИЛАКТИКИ БОЛЕЗНИ ЛАЙМА В КРУПНЫХ ГОРОДАХ ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКИ В 2018-2019 ГОДАХ

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

Резюме

Проанализирована заболеваемость иксодовым клещевым боррелиозом в Донецкой Народной Республике в 2018-2019 гг. Отмечается некоторый рост заболеваемости этого заболевания в 2019 г. по сравнению с соответствующим периодом 2018 г. Определены направления профилактической и противоэпидемической работы в отношении иксодового клещевого боррелиоза.

Ключевые слова: *иксодовый клещевой боррелиоз, болезнь Лайма, заболеваемость, эпидемический процесс, профилактика.*

Иксодовый клещевой боррелиоз, или болезнь Лайма (БЛ) характеризуется широкой распространенностью, высокой восприимчивостью человека к возбудителю, частотой хронизации, достигающей 30-40%, полиморфизмом клинических проявлений [5, 6, 9]. БЛ является природно-очаговым заболеванием, передающимся через укусы иксодовых клещей (*Ixodes ricinus*, *Ixodes perculcatus*, *Ixodes scapularis*), поэтому в группу риска по БЛ входят, в основном, работники лесоводческих хозяйств, леспромхозов, охотники, лесники и жители лесистых областей. По данным санитарно-эпидемиологических служб разных стран, инфицированность клещей боррелиями достигает 12% [3, 6, 9]. Поскольку клещи высокочувствительны к сезонным изменениям климата, в связи с глобальным потеплением, плотность их популяции возросла, а ареал распространения достиг более высоких широт и высокогорных местностей. В

будущем климатические изменения могут способствовать распространению БЛ, при этом частота ее случаев в районах, где климат становится более жарким и сухим, будет сокращаться [5, 13].

БЛ может протекать в острой или хронической форме, и поражает кожу, опорно-двигательную, нервную, сердечно-сосудистую системы [4, 12, 13]. Типичным кожным симптомом первой стадии БЛ является мигрирующая кольцевидная эритема (хроническая мигрирующая эритема Афцеллиуса – Липшютца), однако специалистами описаны и атипичные кожные проявления в виде папулезно-везикулезных высыпаний с мелкими эрозиями на фоне ограниченной эритемы [2], хронической сыпи по типу крапивницы [2], сетчатого ливедо [3]. Кроме того, описан случай ограниченной очаговой склеродермии, связанной с заражением *Borrelia burgdorferi* [8]. Регистрировалось и безэритемное течение БЛ [1, 3, 8].

В городах и районах Донецкой Народной Республики (ДНР) БЛ за последние 16 лет стала эндемичным заболеванием для сельской местности и городской лесопарковой зоны.

Цель работы: изучить заболеваемость БЛ в ДНР в 2019 г. и определить изменения в эпидемическом процессе данной инфекции в сравнении с 2018 г.

Материалы и методы

Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости БЛ по материалам отдела особо опасных инфекций (ООИ) Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора Государственной санитарно-эпидемиологической службы Министерства здравоохранения (РЦ СЭН ГСЭС МЗ) ДНР за 2018-2019 год. Статистическая обработка данных проводилась при помощи пакета программ Microsoft Office 2007.

Результаты

В течение 2018-2019 гг. эпидемическая ситуация по БЛ в городах и районах ДНР оставалась напряженной из-за большого числа укусов людей клещами, инфицированными боррелиями.

Высокая активность иксодовых клещей-переносчиков БЛ и частота их контакта с людьми за изучаемый период была обусловлена рано установившимися среднесуточными температурами, достаточными для размножения.

За 2019 г. на территории ДНР было зарегистрировано 169 случаев БЛ, показатель заболеваемости составил 7,37 на 100 тыс. населения, что на 49,5% выше, чем в 2018 г. (114 случаев, показатель заболеваемости — 4,93 на 100 тыс. населения).

С целью изучения акарологической ситуации при проведении рекогносцировочных учетов идентифицировано по энтомологическим сборам 2 вида иксодовых клещей: *Dermacentor marginatus* и *Ixodes ricinus*; при этом доминирующим видом был *Ixodes ricinus* (в 2018 г. при проведении 14

рекогносцировочных учетов идентифицировано по энтомологическим сборам 3 вида иксодовых клещей: *Dermacentor marginatus*, *Rhipicephalus rossicus*, *Ixodes ricinus*, доминирующим был *Dermacentor marginatus*). Показатель численности иксодовых клещей составил за сезон 0,02 экземпляра на флаго-километр.

В соответствии с планом по осуществлению лабораторного мониторинга за циркуляцией возбудителей ООИ на 2019 год были отобраны во внешней среде 100 экземпляров клещей *Ixodes ricinus*, при исследовании в лаборатории ООИ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР в 5 пробах клещей выявлены единичные боррелии (в 2018 г. - также 5 положительных находок).

В весенне-летний период в республике проводились целенаправленные мероприятия по покосу и расчистке растительности в зонах отдыха и придомовых территориях, акарицидные обработки.

В г. Донецке в сравнении с прошлым годом отмечен рост случаев БЛ на 48,9%. Выявлено 25 случаев, показатель заболеваемости составил 2,65 на 100 тыс. населения. Только 9 человек из заболевших отмечали укус клещом, 4 человека укусы любыми насекомыми отрицали, и 12 человек сообщили об укусах неизвестными насекомыми. Заражение на территории г. Донецка зарегистрировано у 12 человек (48,0%), 13 человек были укушены клещами за пределами города. По каждому случаю проводилось эпидемиологическое расследование, очаги обследованы энтомологами.

По данным отечественных и зарубежных исследователей, БЛ часто передается человеку нимфами клеща, так как они содержат боррелий больше, чем взрослый клещ, и их труднее обнаружить на теле человека из-за их маленьких размеров [9, 11], что может вносить искажения в эпидемиологический анамнез заболевания относительно укуса клеща.

В г. Макеевке в 2019 г. зарегистрировано 5 случаев БЛ, показатель заболеваемости составил 1,33 на 100 тыс. населения (в 2018 г. - 9 случаев, показатель заболеваемости —

2,38 на 100 тыс. населения). Отмечается снижение заболеваемости на 55,5% по сравнению с 2018 г. Из 5 заболевших укусов клеща отмечали 3 человека, за медпомощью в лечебные учреждения обращался 1, удалили самостоятельно — 2. Укусы любыми насекомыми отрицают 2 из заболевших (20,0%).

Согласно данным мониторинга официальных обращений населения г. Макеевки по поводу укусов иксодовыми клещами в лечебно-профилактических учреждениях в 2019 г. зарегистрировано 425 обращений, интенсивный показатель составил 113,36 на 100 тыс. населения, а в 2018 г. - 666 обращений, интенсивный показатель 176,27 на 100 тыс. населения. Таким образом, регистрируется снижение обращаемости в сравнении с прошлым годом в 1,57 раза. Среди обратившихся 391 человек были укушены клещами в пределах города, тогда как в 2018 г. было зарегистрировано 619 случаев укусов в пределах города — отмечается снижение в 1,58 раза. Было отмечено за 2019 г. 34 привозных случая, (в 2018 г. - 47), снижение в сравнении с 2018 г. в 1,38 раза. За пределами республики в 2019 г. было отмечено 3 укуса (в 2018 г. - 11 укусов), снижение в 3,7 раза. В возрастной группе 0-17 лет среди обратившихся с укусами клещей интенсивный показатель в 2019 г. составил 385,74 на 100 тыс. населения, в 2018 г. - 482,09 на 100 тыс. населения. При этом, удельный вес детей 0-17 лет среди обратившихся с укусами клещей составил 50,12% (или 213 укусов).

Клещи, удаленные у пациентов, направляются лечебными учреждениями города в лабораторию отдела ООИ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР для эпидемиологического обследования. За 2019 г. было выявлено 23 положительные находки, за 2018 год - 34.

В территориальных лабораториях особо опасных инфекций методом ИФА

были обследованы сыворотки крови более 100 человек с подозрением на БЛ. Окончательный диагноз БЛ был подтвержден лабораторно у 9,2% обследованных на боррелии жителей ДНР, укушенных клещами.

В настоящее время «золотым» стандартом диагностики БЛ во всем мире является серодиагностика, включающая 2 этапа: 1 этап – иммуноферментный анализ (ИФА), 2 этап – иммуноблот с определением антител к конкретным антигенам боррелий [6, 7, 10]. Однако в ДНР в настоящее время проводится только ИФА-диагностика БЛ.

Постановка окончательного диагноза достаточно часто основывалась только на изучении эпидемиологического анамнеза и клинического течения без лабораторного подтверждения, что связано с несоблюдением лечебно-профилактическими учреждениями требований нормативных документов по забору крови от больных с подозрением на БЛ. Регистрировались доставка в лабораторию отдела ООИ РЦ СЭН ГСЭС МЗ ДНР непригодных для исследований сывороток крови и некачественное заполнение бланков направлений на исследование, доставленных сывороток крови (не указана цель исследования в направлении, направления написаны на бланках произвольной формы).

Выводы

Таким образом, как и в 2018 г., так и в 2019 г. на территории ДНР эпидемическая ситуация по БЛ оставалась напряженной, что потребует в 2020 году заранее подготовить к клещевому сезону медицинскую службу для раннего выявления больных этим заболеванием. Кроме того следует интенсифицировать своевременную акарицидную обработку пораженных клещами территорий городов и сельских районов ДНР.

Список литературы

1. Безбородов, Н.Г. Клинические особенности локализованной стадии клещевого боррелиоза (болезни Лайма) [Текст] / Н.Г. Безбородов, Н.А. Половинкина, С.П. Попова // *Земский врач*. — 2013. — № 3(20). — С. 32-35.
2. Корсунская, И.М. Атипичные случаи клещевого боррелиоза [Текст] / И.М. Корсунская, Е.В. Дворянкова, З.А. Невозинская // *Дерматология в России*. — 2018. — №. S2. — С. 29.
3. Корсунская, И.М. Дифференциальная диагностика иксодового клещевого боррелиоза в практике врача-дерматовенеролога [Текст] / И.М. Корсунская, С.Д. Гусева, З. А. Невозинская // *Клиническая дерматология и венерология*. — 2016. — Т. 15, №. 4. — С. 80-87.
4. Любезнова, О.Н. Клинико-эпидемиологическая характеристика иксодовых клещевых боррелиозов в Кировской области [Текст] / О.Н. Любезнова // *Фундаментальные и прикладные аспекты современной инфектологии : сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конф. с международным участием*. — Уфа, 2016. — Т. 1. — С. 155-160.
5. Мамчиц, Л.П. Лайм-боррелиоз: характеристика эпидемической ситуации в Республике Беларусь [Текст] / Л.П. Мамчиц, В.Н. Бортновский, М.А. Чайковская // *Вестник образования и развития науки Российской академии естественных наук*. — 2017. — №. 3. — С. 94-100.
6. Некоторые эпидемиологические аспекты инфекций, передающихся иксодовыми клещами, на территории мегаполиса [Текст] / Я.Д. Янковская [и др.] // *Архивы внутренней медицины*. — 2017. — Т. 7, №. 6. — С. 423-432.
7. Новикова, Т.Б. Трудности клинической и серологической диагностики клещевого боррелиоза у детей на современном этапе [Текст] / Т.Б. Новикова, О.Н. Довнар-Запольская // *Материалы VI Международной молодежной научно-практической конференции, 25–27 марта 2015 г.* — Минск, 2015. — С. 75-78.
8. Особенности течения болезни Лайма у детей [Текст] / С.А. Крамарев [и др.] // *Актуальная инфектология*. — 2016. — №. 2. — С. 59-66.
9. Полищук, М.В. Эпидемиологические особенности иксодовых клещевых боррелиозов в регионах центра Европейской части России [Текст] / М.В. Полищук, Т.Д. Здольник // *Здоровье населения и среда обитания*. — 2017. — №. 6. — С. 48-51.
10. Тимофеева, Е.В. Лабораторная диагностика Лайм-боррелиоза на современном этапе [Текст] / Е.В. Тимофеева, С.А. Дракина, С.В. Орлова // *Медицинские новости*. — 2012. — №. 12. — С. 9-14.
11. Эпидемиологическая характеристика иксодовых клещевых боррелиозов в Республике Башкортостан [Текст] / Р.Т. Мурзабаева [и др.] // *Фундаментальные и прикладные аспекты современной инфектологии: сборник научных статей участников Всероссийской научно-практической конф. с международным участием*. — Уфа, 2016. — Т. 1. — С. 180-184.
12. Янковская, Я.Д. Современное состояние проблемы иксодовых клещевых боррелиозов [Текст] / Я.Д. Янковская, Т.Я. Чернобровкина, М. И. Кошкин // *Архивы внутренней медицины*. — 2015. — № 6. — С. 21-27.
13. Stanek, G. Lyme disease: European perspective [Text] / G. Stanek, F. Strle // *Infect. Dis. Clin. North. Am.* — 2008. — Vol. 22, № 2. — P. 327-339.

Maksimova M.A., Kotsyurba A.R., Zhadan E.S., Lygina Yu.A., Andreev R.N.

BASIC CHARACTERISTICS OF EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSTICS AND PREVENTION OF LYME DISEASE IN THE TERRITORY OF THE DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC IN 2019

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

Summary

The incidence of tick-borne borreliosis in the Donetsk People's Republic was analyzed. There is a slight increase in the incidence in 2019, compared with the corresponding period of 2018. The directions of preventive and anti-epidemic work in relation to tick-borne borreliosis are determined.

Key words: ixodic tick-borne borreliosis, Lyme disease, incidence, epidemic process, prevention.

УДК 615.3:616.314.18-002.4:621.039.59.004.6

Оноприенко Н.В., Чайковская И.В.

«ВИТРУМ ЭНЕРДЖИ» В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ГЕНЕРАЛИЗОВАННОГО ПАРОДОНТИТА И ЗАБОЛЕВАНИЙ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА У ЛИКВИДАТОРОВ АВАРИИ НА ЧАЭС

*«Луганский государственный медицинский университет
имени Святителя Луки»*

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

Резюме

В результате проведенного комплексного лечения хронического генерализованного пародонтита и слизистой оболочки полости рта у ликвидаторов аварии на ЧАЭС с применением препарата «Витрум Энерджи» был показан существенный позитивный эффект на пародонтологический статус указанных пациентов, что выразилось в улучшении к концу курса терапии пародонтологических индексов.

Ключевые слова: пародонтологический статус, хронический генерализованный пародонтит, слизистая оболочка, «Витрум Энерджи», ликвидаторы аварии ЧАЭС.

Исследование стоматологического статуса ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС, проживающих в Луганской области, показало высокую степень поражения пародонта и слизистой оболочки полости рта. Из 12 тысяч ликвидаторов аварии на ЧАЭС, проживающих в г. Луганске и области, почти в 100% случаев был выставлен диагноз: генерализованный пародонтит II-III степени [7,9,10,11,12]. В комплексное лечение генерализованного пародонтита и поражений слизистой оболочки полости рта у ликвидаторов аварии на ЧАЭС был включен препарат «Витрум Энерджи». Свойства препарата «Витрум Энерджи» определяются комплексным влиянием на разные звенья обмена витамина-

ми, минералами и экстрактами женьшеня, имеющихся в его составе. Использование препарата способствует повышению физической трудоспособности, общего тонуса организма. Сбалансированный усиленный комплекс витаминов и минералов способствует коррекции метаболических процессов в организме, что особенно важно для людей, подвергшихся воздействию ионизирующих излучений [7].

Целью нашего исследования было изучение эффективности препарата «Витрум Энерджи» в комплексном лечении ликвидаторов аварии на ЧАЭС, страдающих генерализованным пародонтитом II-III степени и заболеваниями слизистой оболочки полости рта.

Материалы и методы исследования

Изучение влияния «Витрум Энерджи» на стоматологический статус больных хроническим генерализованным пародонтитом проводили отдельно в группах пациентов, имевших разную радиационную нагрузку, полученную в период ликвидации аварии на ЧАЭС. Состояние слизистой оболочки полости рта и пародонта определяли индексом гигиены, папиллярно-маргинально-альвеолярным индексом (ПМА), пародонтальным индексом, индексом Рамфьерда. Индекс гигиены (ИГ) – это показатель в стоматологии, дающий оценку наличия зубного налета и зубного камня в полости рта. Для определения ИГ используют тест на окрашивание эмали. Для этого на передние шесть зубов челюсти (в большинстве случаев - нижней) наносят специальный йодо-калиевый раствор. Пародонтальный индекс гигиены полости рта Грина-Вермилльона (Oral Hygiene Index-Simplified, Green-Vermillion, 1964), позволяет выявлять не только зубной налет, но и зубной камень. Методика определения. Окрашивают вестибулярную поверхность 16, 11, 26, 31 и язычную поверхность 46, 36 зубов йодсодержащим раствором. На соответствующих поверхностях исследуемых зубов определяют индекс зубного налета и индекс зубного камня, выражают в баллах. ПМА позволяет судить о протяженности и тяжести гингивита. Индекс может быть выражен в абсолютных цифрах или в процентах. Индекс Рамфьерда состоит из двух компонентов: воспаление (гингивит) и деструкция тканей пародонта (глубина пародонтальных карманов). Методика определения. Изучают состояние пародонта около 6-ти зубов: 16, 21, 24, 36, 41, 44.

Результаты

Для достижения поставленной цели, группы наблюдаемых пациентов, имевших дозы облучения 4-7 бэр, 8-19 бэр и 20-27 бэр, были разделены на две подгруппы каждая. Одна из указанных подгрупп (контрольная подгруппа) получала только базисное лечение по поводу хронического

генерализованного пародонтита, тогда как другая подгруппа (опытная подгруппа) дополнительно к базисному лечению получала «Витрум Энерджи» по 1 таблетке 3 раза в день, на протяжении 20 дней. По окончании курса лечения было проведено повторное исследование пародонтологического статуса, результаты которого представлены в таблице 1.

Как следует из данных, приведённых в табл. 1, использование препарата «Витрум Энерджи» в комплексной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом с разной радиационной нагрузкой, оказывало позитивное влияние на пародонтологический статус, что выражалось в существенном улучшении изучаемых пародонтологических индексов [1,7].

Так, в контрольных и опытных группах указанных больных, имевших в анамнезе разную дозу радиационного облучения, исходные значения всех пародонтологических индексов статистически достоверных различий между собой не имели, что свидетельствовало о сопоставимости сравниваемых контингентов пациентов. Напротив, в конце курса лечения во всех опытных подгруппах (дополнительно получавшие препарат «Витрум Энерджи») все изучаемые пародонтологические индексы имели позитивную динамику изменений, существенно отличающуюся от таково в контрольных подгруппах (пациенты, получавшие только базисное лечение). Более детальный анализ полученных результатов исследования, приведённых в табл. 1, позволил отметить следующее.

Назначение препарата «Витрум Энерджи» пациентам опытной группы А2, имевших в анамнезе радиационное облучение в дозе 4-7 бэр, способствовало тому, что ИГ, по сравнению со своим исходным значением до начала курса терапии, снизился в 1,47 раза, против 1,11 раза в контрольной группе А1. При этом абсолютное значение индекса гигиены у пациентов подгруппы А2 оказалось ниже, чем в подгруппе А1 в 1,27 раза ($2,26 \pm 0,09$ у.ед., против $2,87 \pm 0,11$ у.ед.

Таблица 1

Влияние «Витрум Энерджи» на парадонтологический статус ликвидаторов аварии на ЧАЭС, больных хроническим генерализованным парадонтитом

Доза полученного облучения 4-7 бэр				
Показатель	Группа референтной нормы (n=53)	Контрольная подгруппа А1 (n=31)	Опытная подгруппа А2 (n=32)	Р
Индекс гигиены (у.е.)	2,19±0,11	3,19±0,14 2,87±0,11	3,32±0,17 2,26±0,09	> 0,05 < 0,001
ПМА Индекс (у.е.)	26,20±1,80	31,42±1,3 30,8±1,2	31,83±1,3 27,1±1,4	> 0,05 < 0,05
Пародонтальный индекс (у.е.)	1,64±0,08	1,93±0,09 1,89±0,09	2,05±0,10 1,61±0,08	> 0,05 < 0,05
Индекс Рамфьерда (у.е.)	4,06±0,16	4,56±0,22 4,52±0,20	4,71±0,24 3,74±0,18	> 0,05 < 0,01
Доза полученного облучения 8-19 бэр				
Показатель	Группа референтной нормы (n=53)	Контрольная подгруппа В1 (n=32)	Опытная подгруппа В2 (n=33)	Р
Индекс гигиены (у.е.)	2,19±0,11	4,02±0,20 3,69±0,18	4,07±0,20 3,11±0,16	> 0,05 < 0,05
ПМА Индекс (у.е.)	26,20±1,80	35,46±1,8 31,66±1,6	35,34±1,8 26,38±1,3	> 0,05 < 0,05
Пародонтальный индекс (у.е.)	1,64±0,08	2,58±0,13 2,44±0,12	2,51±0,13 2,03±0,10	> 0,05 < 0,05
Индекс Рамфьерда (у.е.)	4,06±0,16	5,52±0,28 5,17±0,26	5,41±0,28 4,39±0,22	> 0,05 < 0,05
Доза полученного облучения 8-19 бэр				
Показатель	Группа референтной нормы (n=53)	Контрольная подгруппа В1 (n=32)	Опытная подгруппа В2 (n=33)	Р
Индекс гигиены (у.е.)	2,19±0,11	4,91±0,24 4,42±0,22	4,99±0,26 3,71±0,19	> 0,05 < 0,05
ПМА Индекс (у.е.)	26,20±1,80	42,77±2,12 39,13±1,95	42,89±2,16 32,89±1,6	> 0,05 < 0,05
Пародонтальный индекс (у.е.)	1,64±0,08	3,24±0,16 2,98±0,15	3,19±0,16 2,47±0,12	> 0,05 < 0,05
Индекс Рамфьерда (у.е.)	4,06±0,16	6,53±0,34 5,83±0,29	6,46±0,32 4,77±0,24	> 0,05 < 0,05

Примечание:

- 1) «р» рассчитано между контрольной и опытной группами;
- 2) в числителе-до начала лечения, в знаменателе – после окончания лечения.

соответственно; $p < 0,001$). Кроме этого, если зарегистрированный в конце курса лечения ИГ в подгруппе А2 существенных различий с аналогичным показателем референтной нормы не имел, то у пациентов подгруппы А1 указанный индекс оставался увеличенным в 1,31 раза ($p < 0,001$).

Аналогичную направленность изменений у пациентов, дополнительно леченных препаратом «ВитрумЭнерджи», имели и другие изучаемые парадонтологические индексы.

Так, ПМА индекс пациентов опытной подгруппы А2 в конце курса лечения, со-

ставляя в среднем $27,1 \pm 1,4$ у.ед., был ниже своего исходного уровня в 1,17 раза ($p < 0,05$), не имел существенной разницы с показателем референтной нормы, а также был в 1,14 раза ниже такового, зарегистрированного у пациентов подгруппы А1 ($p < 0,05$). В тоже время степень снижения ПМА индекса относительно своего исходного уровня у пациентов контрольной группы А1 составила 1,02, что статистически значимым не являлось ($p > 0,1$).

Использование препарата «Витрум Энерджи» у пациентов опытной подгруппы А2 способствовало полной нормализации пародонтального индекса, который в конце курса лечения составил в среднем $1,61 \pm 0,08$ у.ед., против $1,64 \pm 0,08$ у.ед. для референтной нормы ($p > 0,1$). В тоже время у пациентов контрольной группы А1 оказался в подобной временной точке исследования в среднем $1,89 \pm 0,09$ у.е, что превышало референтную норму в 1,15 раза ($p < 0,05$), а также было в 1,17 раза выше пародонтального индекса в опытной подгруппе А2 ($p < 0,05$).

Позитивная динамика изменений под влиянием препарата «Витрум Энерджи» была отмечена и в отношении индекса Рамфьерда, который в опытной подгруппе А2 в конце курса лечения составил в среднем $3,71 \pm 0,18$ у.е., против $4,71 \pm 0,24$ у.е. до начала лечения и против $4,52 \pm 0,20$ у.е в контрольной подгруппе А1, а также в конце курса базисной терапии (степень различия 1,26 и 1,21, соответственно ($p < 0,01$ в обоих случаях сравнения). Следует отметить, что у пациентов контрольной подгруппы А1 позитивная динамика изменений индекса Рамфьерда была крайне несущественной ($4,56 \pm 0,22$ у.е. до лечения, против $4,52 \pm 0,20$ у.е. после лечения).

Использование препарата «Витрум Энерджи» у больных хроническим генерализованным пародонтитом, имевших в анализе радиационное облучение в дозе 8-19 бэр, также позитивно влияло на их пародонтологический статус.

Как следует из данных, приведённых в табл. 1, включение препарата

«Витрум Энерджи» в комплекс лечебных мероприятий способствовало улучшению ИГ у пациентов опытной группы В2 в 1,31 раза по сравнению с его исходным уровнем ($p < 0,01$). При этом абсолютное значение данного индекса было в 1,19 раза ниже, чем это имело место у пациентов контрольной подгруппы В1, получавших только базисное лечение ($p < 0,05$). Следует также отметить, что несмотря на позитивную динамику ИГ у пациентов подгруппы В2 полной его нормализации не происходило, данный индекс составлял в конце лечения в среднем $3,11 \pm 0,16$ у.е., против $2,19 \pm 0,11$ у.е. для референтной нормы (степень превышения – 1,42 раза ($p < 0,001$). В контрольной подгруппе В1 аналогичная кратность различия с референтной нормой была ещё более значительной – 1,68 раза ($p < 0,001$).

При отсутствии значимых различий между ПМА индексами в подгруппах В1 и В2 до начала лечения, ПМА индекс в подгруппе В2 в конце курса лечения, составив $26,38 \pm 1,3$ у.е., оказался в 1,20 раза ниже такового в подгруппе В1 ($p < 0,05$), а также не имел существенной разницы с референтной нормой. Напротив, в подгруппе В1, пациенты которой получали только базисную терапию, ПМА индекс оставался в конце курса лечения выше референтной нормы в 1,21 раза ($p < 0,05$).

Под влиянием «Витрум Энерджи» пародонтальный индекс в подгруппе В2 с $2,51 \pm 0,13$ у.е. до начала лечения снизился до $2,03 \pm 0,10$ у.е. после завершения лечебного курса (степень снижения – 1,24 раза), что, однако, оставалось в 1,24 раза выше показателя референтной нормы, но также было в 1,20 раза ниже пародонтального индекса в конце курса лечения у пациентов контрольной подгруппы В1. Во всех сравнениях различия статистически значимы.

Включение «Витрум Энерджи» в комплексное лечение больных хроническим генерализованным пародонтитом и заболеваниями слизистой оболочки полости рта способствовало позитивной динамике и индекса Рамфьерда, который у пациен-

тов опытной подгруппы В2 в конце курса лечения составил в среднем $4,39 \pm 0,22$ у.е., против $5,17 \pm 0,26$ у.е. у пациентов контрольной подгруппы В1 (степень различия – 1,18 раза, $p < 0,05$). Следует также отметить, что приведённые значения индекса Рамфьерда оставались выше аналогичной референтной нормы в 1,08 и в 1,27 раза, соответственно ($p > 0,05$ и $p < 0,01$).

Таким образом, если использование «Витрум Энерджи» у больных хроническим генерализованным пародонтитом и заболеваниями слизистой оболочки полости рта, имевших в анамнезе радиационную нагрузку в дозе 4-7 бэр, приводило к нормализации всех изучаемых пародонтологических индексов, то у аналогичных больных, имевших радиационное облучение в дозе 8-19 бэр, наблюдалась нормализация только половины индексов – ПМА – индекса, и индекса Рамфьерда. ИГ и пародонтальный индекс, несмотря на значительные их улучшения, у пациентов опытной подгруппы В2 полной нормализации не имели.

Наименее выраженный позитивный эффект от использования «Витрум Энерджи» в комплексной терапии больных хроническим генерализованным пародонтитом и заболеваниями слизистой оболочки полости рта был получен у пациентов, имевших в анамнезе радиационное облучение в дозе 20-27 бэр. Однако, меньшая эффективность «Витрум Энерджи» была выявлена не в сравнении с аналогичными пациентами, получавшими только базисное лечение, а в сравнении с пациентами опытных подгрупп А2 и В2, которые имели радиационную нагрузку 4-7 и 8-19 бэр, соответственно.

Как оказалось, использование «Витрум Энерджи» у пациентов подгруппы С2 способствовало улучшению ИГ, относительно его исходного уровня, в 1,35 раза ($p < 0,001$), против 1,11 раза в контрольной подгруппе С1. При этом абсолютное значение ИГ у пациентов опытной подгруппы С2 составило в среднем $3,71 \pm 0,19$ у.е., что было в 1,19 раза ниже аналогичного показателя у пациентов контрольной группы С1, но оставалось

в 1,69 раза выше показателя референтной нормы ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, соответственно). Приведённое значение ИГ было также в 1,19 раза выше, чем у пациентов опытной подгруппы В2 и в 1,64 раза выше, чем у пациентов опытной подгруппы А2, имевших в анамнезе дозы радиационного облучения, соответственно, 4-7 и 8-19 бэр (в обоих сопоставлениях различия статистически значимы).

Под влиянием комплексного лечения с участием «Витрум Энерджи» у пациентов опытной подгруппы С2 имело место улучшение и ПМА индекса, который в конце курса терапии оказался равен $32,89 \pm 1,6$ у.е., против $39,13 \pm 1,95$ у.е. для пациентов контрольной подгруппы С1, получавших только базисное лечение (степень различия – 1,19 раза, $p < 0,05$). Вместе с тем, приведённые показатели превышали аналогичный показатель референтной нормы в 1,26 и в 1,49 раза, соответственно ($p < 0,01$ и $p < 0,001$). То есть, под влиянием «Витрум Энерджи» разница ПМА индексов в группе референтной нормы и в опытной подгруппе С2 была менее значительной, чем это имело место в контрольной подгруппе С1.

Следует также отметить, что ПМА индекс, зарегистрированный у пациентов опытной группы С2 в конце курса лечения оставался в 1,24 раза выше и в 1,21 раза выше индексов ПМА, отмеченных у пациентов опытных подгрупп В2 и А2, соответственно ($p < 0,05$ в обоих сравнениях). Данное обстоятельство свидетельствовало о том, что использование препарата «Витрум Энерджи» курсом 20 дней, по 1 таблетке 3 раза в день у лиц, подвергавшихся воздействию радиации в дозе 20-27 бэр, полной нормализации ПМА индекса не вызывает, по сравнению с пациентами, имевшими радиационную нагрузку от 4 до 18 бэр.

У пациентов опытной группы С2 вследствие использования «Витрум Энерджи» была более выраженная позитивная динамика изменения пародонтального индекса, по сравнению с таковой у пациентов контрольной подгруппы

C1, «ВитрумЭнерджи» не получавших ($2,47 \pm 0,12$ у.е., против $2,98 \pm 0,15$ у.е.). Степень различия составила 1,21 раза ($p < 0,05$). При этом зарегистрированные индексы оставались выше показателя референтной нормы в 1,51 и в 1,82 раза, соответственно ($p < 0,001$ в обоих случаях сравнения). Также следует отметить, что пародонтальный индекс у пациентов опытной подгруппы C2, зарегистрированный в конце курса лечения, оставался в 1,22 раза выше, чем у пациентов опытной подгруппы B2, а также в 1,53 раза ниже, чем у пациентов опытной подгруппы A2, которые соответственно имели в анамнезе радиационное облучение в дозах 8-19 и 4-7 бэр.

Под влиянием дополнительного использования «Витрум Энерджи» индекс Рамфьерда в опытной подгруппе C2 снижался более значительно, по сравнению с аналогичным индексом в контрольной подгруппе C1- $4,77 \pm 0,24$ у.е., против $5,83 \pm 0,29$ у.е. (степень различия – 1,22 раза, $p < 0,05$).

Вместе с тем, ни в одной из анализируемых подгрупп индекс Рамфьерда к концу курса лечения не нормализовался. У пациентов опытной подгруппы C2 указанный индекс превышал аналогичный для референтной нормы в 1,17 раза, тогда как у пациентов контрольной подгруппы C1 превышение составило 1,44 раза ($p < 0,05$ и $p < 0,001$, соответственно). По сравнению с пациентами опытных подгрупп B2 и A2, индекс Рамфьерда в конце курса лечения

пациентов опытной подгруппы C2 был в 1,08 и в 1,26 раза выше ($p > 0,05$ и $p < 0,01$ для соответствующего сравнения).

Выводы

Использование препарата «Витрум Энерджи» в дополнение к комплексному стоматологическому лечению больных хроническим генерализованным пародонтитом и заболеваниями слизистой оболочки полости рта, принимавших в прошлом участие в ликвидации аварии на ЧАЭС, оказывает существенный позитивный эффект на пародонтологический статус указанных пациентов, что выражалось в улучшении к концу курса терапии ИГ, ПМА индекса, пародонтального индекса и индекса Рамфьерда, чем это наблюдалось у аналогичных пациентов соответствующих контрольных групп, дополнительно препарат «Витрум Энерджи» не получавших. Наибольшая позитивная динамика улучшения пародонтологического статуса под влиянием комплексного стоматологического лечения с включением препарата «Витрум Энерджи» была зарегистрирована у пациентов, имевших в анамнезе радиационное облучение в дозах 4-7 бэр, умеренная позитивная динамика – у пациентов, имевших радиационную нагрузку 8-19 бэр. Наименьшие позитивные результаты пародонтологического статуса под влиянием «Витрум Энерджи» наблюдались у пациентов, подвергавшихся воздействию радиации в дозе 20-27 бэр.

Список литературы

1. Боровский, Е.В. Биология полости рта [Текст] / Е.В. Боровский, В.К. Леонтьев - М.: Медицина, 1991 - 304 с.
2. Вавилова, Т.П. Биохимия тканей и жидкостей полости рта [Текст]: учебное пособие / Т.П. Вавилова.- М.: ГЕОТАР Медиа, 2008. - 208 с.
3. Вавилова, Т.П. Ферментные защитные системы слюны при воспалении пародонта [Текст] / Т.П. Вавилова, Ю.А. Петрович, Л.Т. Малышкина // Патологическая физиология и экспериментальная терапия. - 2005. - № 1. - С. 32-34.
4. Курякина, Н.В. Заболевания пародонта [Текст] / Н.В. Курякина, Т.Ф. Кутепова - М., 2003. - 162 с.
5. Михалева, Т.М. Хронический пародонтит. Клиническая морфология и иммунология

- [Текст] / Т.М. Михалева, В.Д. Шаповалова, Т.Г. Бархина. - М.: Триада-фарм, 2004. - 126 с.
6. Мельничук, Г.М. Перспективи профілактики захворювань пародонту на основі вивчення маркерів спадкової схильності до виникнення і розвитку генералізованого пародонтиту й пародонтозу [Текст] / Г.М. Мельничук, Л.Є. Ковальчук, А.М. Політун // *Соврем. стом.* - 2011. - №3. - С. 36-41.
 7. Оноприенко, Н.В. Эффективность использования «ВитрумЭнерджи» у ликвидаторов аварии на ЧАЭС, больных хроническим генерализованным пародонтитом [Текст] / Н.В. Оноприенко, Ю.Ю. Устименко, Сучкова Н.А. // *Український медичний альманах.* - 2014. - Т. 17, №2. - С.84.
 8. Оноприенко, Н.В. Пародонтологический статус у ликвидаторов аварии на Чернобыльской АЭС [Текст] / Н.В. Оноприенко // *Загальна патологія та патологічна фізіологія.* - 2011. - Т.6, №4. - С. 146-148.
 9. Політун, А.М. Особливості цитокінової ланки імунітету у хворих на генералізований пародонтит [Текст] / А.М. Політун, Г.М. Мельничук // *Матеріали III (X) з'їзду Асоц. Стом. України. «Інноваційні технології – у стоматологічну практику».* - Полтава: Дивосвіт, 2008. - С 210-211.
 10. Симонова, Л.И. Медико-социальные аспекты лечения и реабилитации пострадавших вследствие Чернобыльской катастрофы [Текст] / Симонова Л.И., Митряева Н.А., Герман В.З. и др. // *Материалы II Международ. конф. "Отдаленные медицинские последствия Чернобыльской катастрофы".* - К. 1998. - 586 с.
 11. Торубаров, Ф.С. О диагнозе вегетососудистой дистонии у ликвидаторов [Текст] / Ф.С. Торубаров // *Медицинская радиология.* -1991. - №9.- С. 54.
 12. Цепов, Л.М. Заболевания пародонта: взгляд на проблему [Текст] / Л.М. Цепов.- М.: Медицина, 2006. - 192 с.

Onoprienko N.V., Tchaikovskaya I.V.

“VITRUM ENERGY” IN INTEGRATED TREATMENT OF CHRONIC GENERALIZED PERIODONTITIS AND DISEASES OF THE MUCOUS MEMBRANE OF THE ORAL CAVITY IN THE CHERNOBYL ACCIDENT LIQUIDATORS

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

Summary

As a result of the comprehensive treatment of chronic generalized periodontitis and oral mucosa, the liquidators of the Chernobyl accident with the change of the drug "Vitrum Energy" were shown, a significant positive effect on the periodontological status of these patients, which was reflected in the improvement by the end of the course of therapy paradontological indices.

Keywords: paradontological status, chronic generalized periodontitis, mucous membrane, "Vitrum Energy", liquidators of the Chernobyl accident.

Провизион Л.Н.¹, Зубаревская О.А.²

СЛУЧАЙ РАЗВИТИЯ БУЛЛЕЗНОЙ ФОРМЫ ФИКСИРОВАННОЙ ЭРИТЕМЫ

¹ Государственное учреждение Луганской Народной Республики «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,

² Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

Резюме

Фиксированная эритема является одной из форм лекарственной аллергии, развивающаяся по типу гиперчувствительности замедленного типа. Наиболее часто в медицинской практике наблюдаются медикаментозные токсидермии. Представлен клинический случай буллезной формы фиксированной эритемы на нестероидные противовоспалительные препараты у 64 летней женщины.

Ключевые слова: лекарственная аллергия, фиксированная эритема, буллезная форма.

Лекарственная аллергия (ЛА) зачастую сопровождается проявлениями на коже и правильная их интерпретация, наряду со сбором анамнеза, является ведущим фактором в установлении диагноза, выбора тактики диагностики и лечения.

Развитие ЛА может протекать по двум механизмам: немедленному или иммуноглобулин Е (IgE)-опосредованному и замедленному, как правило, Т-клеточному. Кроме того, к ряду препаратов, например, нестероидным противовоспалительным препаратам (НПВП), формируется неаллергическая гиперчувствительность. Несмотря на названия, время развития реакции не всегда гарантирует тот или иной механизм, поэтому именно кожные проявления позволяют правильно предположить механизм развития реакции, а значит, выбрать тактику лечения и обследования больных.

Фиксированная эритема (ФЭ) считается нетяжелым проявлением ЛА с преимущественным поражением кожи. Среди кожных проявлений лекарственной гиперчувствительности она встречается достаточно часто, но, среди стационарных боль-

ных случаев ФЭ встречаются редко [1,2,5].

ФЭ встречается как у детей, так и у взрослых в различных этнических группах. Ozkaya-Bayazit и соавт. выявили взаимосвязь между HLA-A30 B13 Cw6 гаплотипом и развитием ФЭ на прием триметоприм-сульфаметоксазола (бисептола) [10].

Наиболее часто ФЭ вызывают антибактериальные, противосудорожные препараты и НПВП.

ФЭ относится к реакциям лекарственной гиперчувствительности, протекающим по замедленному типу, то есть к IV типу аллергических реакций.

В патогенезе развития местного воспаления при ФЭ участвуют внутрикожные CD8+-эффекторные клетки памяти, которые распознают антиген – лекарственное средство (ЛС) и в последующем продуцируют ИФН- γ [10,11].

Клиническая картина классической формы ФЭ характеризуется возникновением одного или нескольких пятен, размером от 2 до 5 см в диаметре, буровато-синюшного цвета или с сиреневым оттенком, причем периферическая зона ярче центральной. Пятно округлой формы, резко

отграниченное от здоровой кожи. В дальнейшем центр пятна слегка западает, приобретая сероватый оттенок или от центра к периферии начинается регресс высыпаний, их окраска становится коричневой, элементы приобретают форму полуколец, колец и гирлянд. Иногда в центре пятнистых элементов может формироваться пузырь.

Высыпания сопровождаются ощущением зуда и жжения. Элементы на коже существуют до 3 недель. При распространенной форме ФЭ отмечают повышение температуры тела, мышечные и суставные боли. В остром периоде заболевания в крови наблюдаются лейкоцитоз, эозинофилия и повышенная СОЭ.

После прекращения применения лекарственных средств и стихания острых явлений на месте высыпаний остаются пятна гиперпигментации. Для ФЭ характерен феномен памяти («recall phenomenon»), то есть рецидивирование высыпаний на одних и тех же местах при повторном применении причинно-значимого ЛС или перекрестно реагирующих ЛС. Высыпания могут появляться в период от 30 мин до 8 ч после приема ЛС, но чаще всего в течение 2 ч [1-4]. При повторных применениях причинно-значимого ЛС старые высыпания краснеют, также могут появляться новые пятна.

Новые высыпания чаще появляются в местах предшествующих повреждений (укусы насекомых, ожоги, на месте герпетических высыпаний, в местах венопункции и т. п.) [4,6,9], но могут возникать и в любом другом месте. Чаще всего это губы, ладони, подошвы, головка полового члена, паховые области. Как правило, при такой клинической картине постановка диагноза ФЭ не вызывает затруднений.

Можно выделить критерии постановки диагноза при типичной ФЭ: наличие связи между приемом ЛС и возникновением высыпаний, рецидивирование таких эпизодов при повторном введении аналогичного или перекрестно реагирующего ЛС, характер высыпаний, сохраняющиеся

пятна гиперпигментации округлой или овальной формы на месте предшествующих высыпаний.

Однако не всегда, собирая анамнез, можно сразу выявить связь развития реакции с приемом ЛС: пациенты часто забывают о том, что принимали накануне какие-либо ЛС, или не указывают препараты, которые длительно применяют. Также сложности в постановке диагноза ФЭ возникают при необычных формах ФЭ.

Для непигментной ФЭ (НПФЭ), которая относится к необычным формам, характерна трансформация высыпаний в буллы, отсутствие пятен гиперпигментации и, как правило, системные проявления, такие как слабость, лихорадка, боли в суставах, тошнота [1-5]. НПФЭ расценивается как тяжелая реакция, поэтому в этих случаях проводится дифференциальный диагноз с синдромом Стивенса–Джонсона, буллезным пемфигоидом и другими буллезными дерматозами.

Описаны и другие клинические разновидности ФЭ, такие как атипичная линейная форма, целлюлитоподобная форма, ФЭ с параспориатическими высыпаниями [9,11,13]. Необычные формы ФЭ, развивающиеся постепенно на фоне продолжающегося приема ЛС, могут имитировать различные идиопатические кожные заболевания, такие как многоформная эритема, параспориаз, грибовидный микоз [1,2,5,8].

Постановка правильного диагноза в случаях нетипичных форм ФЭ может вызывать серьезные трудности, неправильно поставленный диагноз способствует поддержанию воспаления с возможным утяжелением процесса и его хронизацией. Отмена причинно-значимого ЛС приводит к достаточно быстрому и полному регрессу высыпаний и выздоровлению. В сложных случаях результаты биопсии помогают поставить правильный диагноз.

Гистологическая картина при ФЭ представляет собой аналог лихеноидной реакции тканей с повышенным отложением меланина [13]. Характер изменений

зависит от времени и места взятия материала. Через 1–2 сут после применения ЛС, когда преимущественно и берется биопсия, основными изменениями являются гидропическая дегенерация базальных кератиноцитов с лимфоцитарной инвазией в эпидермис в основном, в межфолликулярные его зоны. На любой стадии поражения при классических пигментных формах ФЭ меланофаги в большом количестве обнаруживаются в верхних слоях дермы, в отличие от НПФЭ, при которой их очень мало.

Необходимо подчеркнуть, что гистологические исследования подтверждают диагноз ФЭ, но не позволяют выявить этиологический фактор. Сочетание развития ФЭ с приемом ЛС, специфическая гистологическая картина, регресс клиники после отмены ЛС позволяют заподозрить лекарственный генез кожного процесса.

Учитывая, что развитие ФЭ может произойти на фоне использования нескольких ЛС, в случаях с сомнительным фармакологическим анамнезом для выявления причинно-значимого ЛС проводится тестирование.

При ФЭ чаще всего используют тесты *in vivo*: аппликационные тесты и провокационный дозируемый тест (ПДТ). Использование методов лабораторной диагностики, в частности теста трансформации лимфоцитов (ТТЛ), для определения причинно-значимого ЛС при типичной пигментной форме ФЭ нецелесообразно, так как он редко бывает положительным [7,13]. Аппликационное тестирование рекомендуется проводить на участках ранее существовавших высыпаний, поэтому его также называют местным провокационным тестом. Показано, что чувствительность данного метода составляет 43% [7]. Причинами ложноотрицательных результатов аппликационных тестов может быть сенсibilизация не к исходному веществу, а к его метаболитам, слишком низкая концентрация препарата, используемого для тестирования (<1%), проведение аппли-

кационного тестирования в местах интактной кожи. Результат оценивают через 48–72 ч, но следует помнить, что положительные результаты могут быть отсрочены на 3–7 дней [7]. Необходимо подчеркнуть, что проведение аппликационных тестов целесообразно, так как получение положительных результатов позволяет поставить правильный диагноз и избежать проведения ПДТ, сужает круг поиска в случаях, когда под подозрением несколько ЛС.

Стоит отметить, что некоторые исследователи считают, что проведение аппликационных тестов повышает риск развития сенсibilизации к ЛС, в особенности, если тесты проводятся с концентрацией ЛС более 20% [7].

ПДТ является наиболее надежным методом для точной постановки диагноза и проводится при отрицательном результате аппликационного кожного тестирования. Учитывая, что, как правило, ФЭ является нетяжелым кожным проявлением ЛА, ПДТ широко используется в практике. Стандартизированных протоколов для проведения данного теста нет. В ходе этого теста пациенту однократно вводится 1/10 или полная разовая терапевтическая доза препарата [7,13].

Представляем наш клинический случай ФЭ. Больная Т., 64 года, в апреле 2020 г. самостоятельно обратилась к дерматологу с жалобами на высыпания на коже туловища и конечностей, сопровождающиеся зудом и жжением.

Из анамнеза известно, что впервые высыпания заметила на коже живота в марте 2018 г. на фоне лечения немисилом болей в пояснице. Самостоятельно перорально применяла супрастин и наружно крем «Локоид», после чего в течение нескольких суток высыпания разрешились.

В июне 2019 г. отметила повторный эпизод появления зудящих высыпаний, в прежней локализации, которые возникли без видимой причины и полностью регрессировали через 5 суток после перорального приема супрастина.



Рисунок 1

В ноябре 2019 г. вновь отметила появление на коже живота и поясницы зудящих высыпаний в проекции ранее разрешившихся пятен. Помимо высыпаний прежней локализации появились пятна в новых местах: верхняя треть спины, ягодицы и на боковых поверхностях бедер. Накануне был прием парацетамола или немисила, по поводу головной боли, но больная не была уверена какой именно препарат. Через неделю на фоне приема дезларотадина высыпания полностью разрешились.

В апреле 2020 г. на фоне проводимого лечения по поводу люмбаго (парентерально диклофенак ежедневно в течение 10 дней) на третий день отметила появление синево-бурых отечных пятен с четкими границами в проекции ранее существовавших высыпаний, а также новых элементов на коже груди, бедер и ягодиц, сопровождающихся зудом. Несмотря на развившуюся кожную реакцию больная продолжила введение диклофенака. На 7 сутки лечения усилился зуд, появилось жжение, высыпания стали более отечными, а на поверхности некоторых появились мелкие везикулы с прозрачным содержимым. На коже спины в паравerteбральной зоне на фоне отечной застойно-лилового цвета эритемы появилась эрозия до 5-6 см в диаметре с обрывками эпидермиса по ее периферии (рис. 1). Симптом Никольского во всех его модификациях отрицательный. Клетки Тцанка в мазках отпечатка со дна эрозий не обнаружены.

В общем анализе крови: гемоглобин – 128 г/л, эритроциты – $4,2 \times 10^{12}$, тромбоциты – 184×10^9 , лейкоциты – $6,5 \times 10^9$, нейтрофилы – 38,58%, эозинофилы – 5,68%, лимфоциты – 43,79%, моноциты – 10,88%, базофилы – 1,07%, СОЭ – 18 мм/ч.

Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 12,77 ммоль/л, билирубин прямой – 2,59 ммоль/л, билирубин не прямой – 10,18 ммоль/л, АлАТ – 31,52 ЕД/л, АсАТ – 33,43 ЕД/л, глюкоза – 5,5 ммоль/л. КСР, РИФ-абс и РИФ-200 отрицательные. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки патологии не обнаружено. Учитывая анамнез, клиническую картину и данные лабораторного исследования выставлен диагноз: фиксированная эритема, буллезная форма

Сопутствующая патология: гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, хронический холецистит и панкреатит.

Кожный процесс был купирован ступенчатым введением системных глюкокортикостероидов: (дексаметазон внутривенно 12 мг – 3 дня, затем 8 мг – 3 дня и 4 мг – 3 дня), антигистаминных препаратов (р-ра хлоропирамина 20 мг внутримышечно – 5 дней), сорбентов (полисорб по 1 пакетик 3 раза в сутки 10 дней). Наружно: на эрозии спрей «Полькортолон ТС» 2 раза в сутки, на пятнистые высыпания крем клобетазола пропионат 1 раз в сутки на протяжении десяти дней.

Через 10 дней высыпания регрессировали полностью, наступило состояние клинической ремиссии.

Выводы

В данном клиническом случае обращает на себя внимание тот факт, что пациентка не связывала появление высыпаний с приёмом НПВП (Нимесил, Диклофенак). Отмечено характерное постепенное нарастание клинических симптомов с каждым последующим рецидивом дерматоза вплоть до развития буллезной формы ФЭ.

Список литературы

1. Беляев, Г.М.: Современные аспекты патогенеза аллергодерматозов. Лечение больных этой патологией / Г.М. Беляев // Дерматовенерология та венерология. – 2012. – №2(56). – С.7-25
2. Дифференциальная диагностика кожных болезней [Текст]: Руководство для врачей / под редакцией Б.А. Беренбейна, А.А. Стунидина. – М.: Медицина, 1989. – С. 672
3. Дранник, Г.Н. Материалы к консенсусу «Диагностика и лечение атопического дерматита» [Текст] / Г.Н. Дранник. – К., 2002. – С.17
4. Муниева, С.Х. «Фиксированная лекарственная эритема в практике врача дерматолога» [Текст] / С.Х. Муниева [и др.] // Научно-практический журнал ТИППМК. – 2014. – №4. – С.108-110.
5. Провизион, Л.Н. Фиксированная лекарственная эритема в практике врача дерматовенеролога [Текст] / Л.Н. Провизион [и др.] // научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения» - 2020. - №1. - С.37-40.
6. Романова, Т.С. «Лекарственная фиксированная эритема в практике врача-аллерголога-иммунолога [Текст] / Т.С. Романова [и др.] // Российский аллергологический журнал. - 2017. - №1. - С.36-40.
7. Barbaud, A. Guidelines for performing skin tests with drugs in the investigation of cutaneous adverse drug reactions. Contact Dermatitis [Text] / Barbaud A., Goncalo M., Bruynzeel D. [et al.] // 2001. - Vol. 45. - P. 321-328.
8. Signal-Nahum, M. Linear fixed drug eruption [Text] / M. Signal-Nahum [et al.] // Br. J. Dermatol. – 1988. - Vol.118. - P.849-851.
9. Senturk, N. Topotecan - induced cellulitis like fixed drug eruption [Text] / N. Senturk [et al.] // J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. - 2002. - Vol.16. - P.414-416.
10. Ozkaya-Bayazit, E. Fixed drug eruption induced by trimethoprim-sulfamethoxazole: evidence for a link to HLA-A30 B13 Cw6 haplotype [Text] / E. Ozkaya-Bayazit, U. Akar // J. Am. Acad. Dermatol. – 2001. - Vol. 45. - P. 712-717.
11. Rijlaarsdam, U. Mycosis fungoides-like lesions associated with phenytoin and carbamazepine therapy [Text] / U. Rijlaarsdam [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1991. - Vol.24. - P.216-220.
12. Ring, J. Adverse cutaneous drug eruption [Text] / J. Ring, K. Blaser, M. Capron [et al.] // Chem. Immunol. Allergy. – 2012. - Vol. 97. - P. 240.
13. Shelley, W.B. Nonpigmenting fixed drug eruption as a distinctive reaction pattern : examples caused by sensitivity to pseudoephedrine hydrochloride and tetrahydrozoline [Text] / W.B. Shelley, E.D. Shelley // J. Am. Acad. Dermatol. – 1987. - Vol.17. - P.403-407.

Provizion L.N.¹, Zubarevskaia O.A.²

THE CASE OF DEVELOPMENT OF A BULLETIC FORM OF FIXED ERYTHEMA

¹ State institution of the Lugansk People's Republic «Lugansk State Medical University St. Luke»

² Republican clinical center of dermatovenerology of MH DPR

Summary

Fixed erythema is a form of drug allergy that develops as a delayed type of hypersensitivity. The most frequently observed medical practice is drug toxicosis. A clinical case of a bullous form of fixed erythema for non-steroidal anti-inflammatory drugs in a 64-year-old woman is presented.

Key words: drug allergy, fixed erythema, bullous form.

Проценко Т.В., Провизион А.Н.

СЛУЧАЙ НЕСВОЕВРЕМЕННОЙ ДИАГНОСТИКИ СПОРОТРИХОЗА КОЖИ

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

Резюме

Приведено наблюдение клинического случая поздней диагностики кожно-лимфатической формы споротрихоза у 40 летней городской жительницы. Представлены современные данные об этиопатогенезе, клинике, диагностике и лечении споротрихоза.

Ключевые слова: споротрихоз, кожно-лимфатическая форма, этиопатогенез, клиника, диагностика, лечение.

Споротрихоз является повсеместно, но редко встречающимся глубоким микозом с преимущественным распространением в странах с тропическим и субтропическим климатом [6,8]. В США регистрируется до 1 – 2 случаев на 1 млн жителей, в Перу – до 48 – 60 случаев на 100 тыс. жителей; в северо-восточных регионах Китая с 2010 по 2013 гг. были описаны 457 случаев заболевания [7]. Имеются лишь единичные публикации о случаях споротрихоза в Украине и России найти [1,4]. Учитывая редкость патологии приводим наше клиническое наблюдение.

Клинический случай

Пациентка М., 40 лет, жительница г. Макеевка, обратилась в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер (РКДВД) г. Донецка с жалобами на болезненные уплотнения кожи в области левой кисти и левого предплечья.

Анамнез заболевания: Болеет в течение 3-х месяцев, когда 3 ноября 2019г, после травмы (порез об утопленную древесину при чистке аквариума) в области фаланги 3 пальца левой кисти отметила появление болезненного уплотнения. С 4 по 17 ноября 2019г. самостоятельно применяла на порез

медицинский клей БФ-6. Однако болезненное уплотнение кожи стало больше, появилось покраснение. В связи с этим 18 ноября обратилась к хирургу по месту жительства, где высыпания были расценены как инфицированная рана и назначен левомиколь и алоэ. 25 ноября в связи с продолжающимся увеличением инфильтрата и его болезненностью повторно обратилась к хирургу, был назначен левофлоксацин по 500 мг 2 раза в день в течение 5 дней, лактофильтрум, наружно мазь «Ортофен». Отметила незначительное улучшение. С 29 ноября самостоятельно стала применять бетадин. 18 декабря обратилась к дерматологу по месту жительства, так как на фоне сохраняющегося первичного очага стали появляться новые болезненные очаги в области левого предплечья. Дерматологом высыпания были расценены как глубокая пиодермия и назначена мазевая терапия единовременное нанесение мазей белодерм и левомиколь. На фоне этого лечения отметила ухудшение, появление плотного болезненного тяжа по ходу левого предплечья и двух новых плотных болезненных узлов синюшно-красного цвета.

23 декабря вновь обратилась к хирур-

гу где высыпания опять были расценены как инфицированная рана, осложненная регионарным лимфаденитом, фурункулом и назначено амбулаторное лечение поликомпонетным компрессом (димексид, диклофенак, физиологический раствор, метрогил, цефтриаксон, дексаметазон), который пациентка применяла 3 раза в день (на 60 мин.), с последующим нанесением мази белодерм с добавлением гентамицина.

9 января 2020 в связи с неэффективностью проводимой терапии была госпитализирована в хирургическое отделение с диагнозом: «Инфицированная рана левого предплечья, осложненная регионарным лимфаденитом и абсцессом левого предплечья». Под местной анестезией был вскрыт абсцесс, проведена хирургическая обработка раны, сделан бактериологический посев, однако рост культуры отсутствовал. С 9 по 29 января получала лечение в условиях хирургического отделения (левофлоксацин, доксициклин, иммуноглобулин антистафилококковый, орнидазол). Хирургическая рана стала чистой, с вялыми грануляциями и больная была выписана на амбулаторное лечение.

1 февраля 2020 амбулаторно в той же больнице произведено вскрытие очередного инфильтрата.

4-го февраля этого же года больная была направлена хирургом в РКДВД для уточнения диагноза.

Из анамнеза: на диспансерном учете у смежных специалистов не состоит, аллергоанамнез не отягощен. Проживает в многоквартирном доме, приусадебными работами не занимается, по роду деятельности – продавец продуктовых товаров.

Status localis: в области дистальной фаланги 3-го пальца левой кисти определяется четко ограниченный болезненный воспалительный инфильтрат застойно-красного цвета с микровезикулами и серозно-гнойными корочками на поверхности. На тыльной поверхности левой кисти и предплечья, по ходу лимфатических сосудов, имеются эшелонировано расположенные плотные розовато-красного и красновато-си-



Рисунок 1



Рисунок 2

юшного цвета узлы, размерами от 1,5 до 2,0 см в диаметре, несколько болезненные при пальпации (рис. 1-2). Подмышечные лимфатические узлы слева увеличены до 2 см в диаметре, без признаков воспаления, безболезненные при пальпации.

В общем анализе крови: гемоглобин – 131 г/л, эритроциты – $4,46 \times 10^{12}$, тромбоциты – 163×10^9 , лейкоциты – $4,5 \times 10^9$, нейтрофилы – 47,54%, эозинофилы – 0,92%, лимфоциты – 39,59%, моноциты – 10,88%, базофилы – 1,07%, СОЭ – 8 мм/ч.

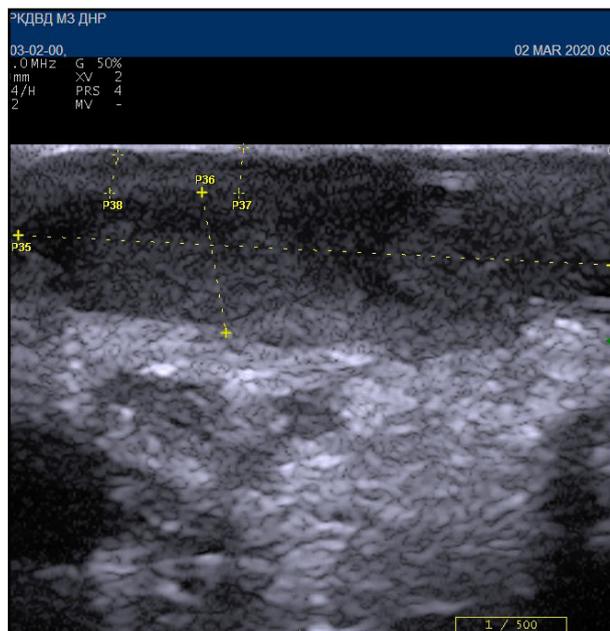


Рисунок 3



Рисунок 4

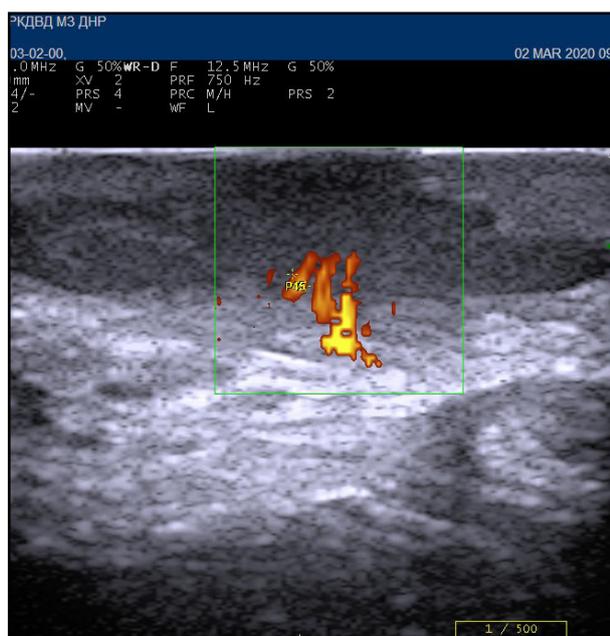


Рисунок 5

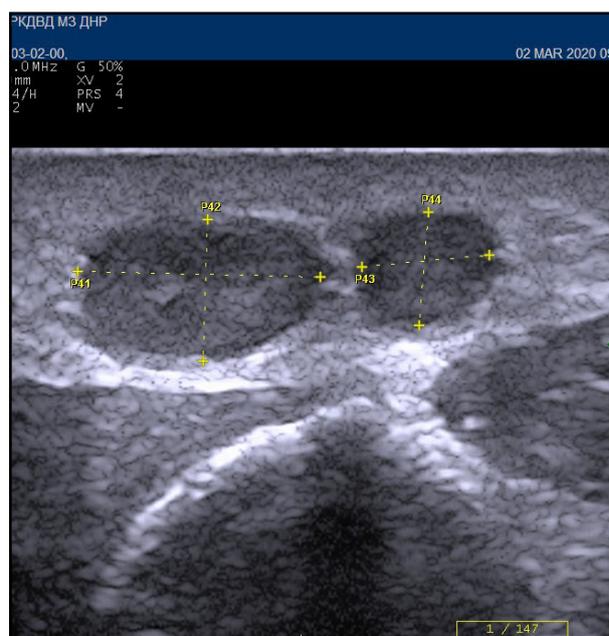


Рисунок 6

Биохимическое исследование крови: билирубин общий – 6,77 ммоль/л, билирубин прямой – 1,59 ммоль/л, билирубин не-прямой – 5,18 ммоль/л, АлАТ – 11,98 ЕД/л, АсАТ – 21,98 ЕД/л, глюкоза – 5,3 ммоль/л. КСР, РИФ-абс и РИФ-200 отрицательные. На обзорной рентгенографии органов грудной клетки патологии не обнаружено.

Учитывая клиничко-анамнестические данные для верификации диагноза 12 февраля 2020 г. больной была проведена

инцизионная диагностическая биопсия в условиях хирургического отделения с предварительными диагнозами: глубокий микоз? плазмоцитома кожи? лимфоцитоз? лимфома кожи?

На время дообследования больная получала симптоматическую наружную терапию.

25 февраля 2020 года был получен результат гистологического исследования инцизионного биоптата. В эпидермисе – слабо

выраженный гипер-ортокератоз, дистрофические изменения эпителиоцитов, очаговый экзоцитоз, в дерме, в основном в глубоких слоях – очаговые плотные инфильтраты из лимфоцитов, плазмоцитов, единичных сегментоядерных лейкоцитов, гистоцитов, встречаются единичные крупные атипичные клетки с гиперхромными ядрами. Гистологическое заключение: морфологические изменения наиболее соответствуют картине грибовидного микоза.

В течение февраля – марта 2020 года отмечено появление 2-х новых плотных воспалительных очагов по ходу лимфатических сосудов левого предплечья, увеличение воспаления в очаге в области левого лучезапястного сустава, вскрытие его с отделением умеренного количества гнойного экссудата.

В связи с появлением новых воспалительных очагов, не укладывающихся в картину грибовидного микоза (лимфомы кожи), проведено ультразвуковое исследование (УЗИ) пораженной кожи сканером MyLab Touch (компания Esaote Италия) с высокочастотным датчиком до 22 МГц.

При УЗИ кожи от 16 марта 2020 г. в области тыла левой кисти в толще гиподермы определялись гипоэхогенные очаговые образования овальной формы, с четким волнистым наружным контуром, размерами 1,2x0,3 см, в режиме цветного доплеровского картирования (ЦДК) в одном образовании выявлены локусы умеренного кровотока до 0,04 см в диаметре. В верхней трети левого предплечья в толще гиподермы – гипоэхогенное образование неправильной формы, размером 0,5x0,2 см; несколько выше в верхней трети предплечья на глубине 0,17 см от поверхности кожи визуализировалось гипоэхогенное образование округлой формы с четким ровным контуром, размером 0,33x0,33 см, ниже данного образования в гиподерме определялся гипоэхогенный участок неправильной формы размером 0,7x0,4 см, обусловленный, вероятно, скоплением лимфатической жидкости. По внутренней поверхности предплечья – два гипоэхоген-

ных образования 0,5x0,3 и 0,3x0,2 см (рис. 3 – 6). Заключение: эхопризнаки очаговых образований гиподермы.

При сопоставлении динамики клинической картины с полученными результатами обследования (появление новых очагов по ходу лимфатических сосудов левого предплечья, болезненность и плотность очагов, рецидив воспалительной инфильтрации в зоне инцизионной биопсии, выявленных узловатых образований в гиподерме по данным УЗИ кожи), было принято решение о повторном гистологическом исследовании с иссечением всего очага в пределах гиподермы в условиях отделения пластической хирургии и трансплантации клеток Института неотложной и восстановительной хирургии им.В.К.Гусака (г. Донецк).

Повторное гистологическое исследование (19 марта 2020 г.) – в толще дермы определялись гранулематозные структуры из эпителиоидных клеток с наличием многоядерных гигантских клеток, по периферии – очаговая лимфо-гистоцитарная инфильтрация с небольшим количеством эозинофильных и нейтрофильных гранулоцитов. При окраске по методу Грама-Вейгерта между клетками инфильтрата обнаруживались овальные с заостренными концами дрожжеподобные клетки, расположенные группами, местами с явлениями почкования. В эпидермисе – незначительный акантоз, очаговый паракератоз, экзоцитоз. Заключение: гистологические изменения укладываются в клинический диагноз споротрихоз.

Таким образом, на основании анамнеза и клинико-лабораторных данных в т.ч. гистологического исследования, установлен диагноз: Споротрихоз, кожно-лимфотическая форма.

Проведено комплексное клинико-лабораторное и инструментальное обследование для исключения поражений внутренних органов, при котором специфической висцеральной патологии не выявлено. Назначена терапия итраконазолом 400 мг в сутки в течение 3-6 месяцев, гепатопротекторы, витаминотерапия, внутривенные инфузии озо-



Рисунок 7



Рисунок 8



Рисунок 9



Рисунок 10

нированного физиологического раствора, внутривенное лазерное облучение крови, малая аутогемотерапия с озонокислородной смесью, наружное симптоматическое лечение.

В процессе последующего наблюдения новые элементы не появлялись, отмечена положительная динамика во всех существующих очагах.

Приведенное клиническое наблюдение показывает целесообразность эксцизионной биопсии с иссечением очага в пределах гиподермы при подозрении на глубокий микоз.

Особенностью данного клинического случая явилась поздняя диагностика глубокого микоза, возможно, связанная как с редкостью дерматоза, так и с недостаточным знакомством врачей с клиническими формами редких глубоких микозов, в частности, со споротрихозом (рис. 7-10).

Споротрихоз (син.: болезнь Шенка, болезнь Берманна, болезнь садовников, ринокладриоз) – подостро или хронически протекающий глубокий микоз, вызываемый диморфным грибом *Sporotrichum Schenkii*. Споротрихоз относится к группе подкожных микозов, однако может поражать лим-

фатическую систему, слизистые оболочки, мышцы, кости, суставы и внутренние органы. Заболевание впервые описано Schenckii в 1898 году [2].

Споротрихоны являются сапрофитами, широко распространёнными в окружающей среде, обнаруживаются в почве, деревянных подпорах в шахтах, на растениях, цветах (особенно розах), в шкурах животных (прежде всего, кошек). Sporotrichum Schenckii выделяют из перегноя, увядших и гниющих растений, сена, соломы, мха, древесины [2,3,5].

Заражение происходит при внедрении элементов грибка, как правило, при травме – через повреждения кожи или слизистых (после проколов, ссадин, расчесов, царапин животных, укусов насекомых) Споротрихон идентифицирован на лапках домашних мух и в их фекалиях. Этим объясняется более частая подверженность заболеванию сельскохозяйственных рабочих, садоводов, цветоводов, овощеводов и лесников. Возможен ингаляционный путь заражения при массивном попадании спор в дыхательную систему, а также через загрязнённый материал и от больного человека [2,3].

Кроме человека, споротрихозом болеют некоторые домашние и дикие животные – собаки, кошки, лошади, грызуны и птицы. Возможно миконотрихоз как у людей, так и у животных и птиц [2,3].

Споротрихоз может наблюдаться в разных возрастных группах: от детей раннего детского возраста до лиц старше 80 лет. Инкубационный период от 10 дней до нескольких месяцев. Заболевание чаще подвержены лица с ослабленным иммунитетом и/или сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет, ВИЧ-инфекция, злокачественные новообразования, иммуносупрессивная терапия, алкоголизм). Распространение инфекции может идти лимфогенно – по ходу лимфатических сосудов до регионарных лимфоузлов (per continuitatem) или гематогенным путем с поражением суставов, костей, легких, глаз, нервной системы с развитием диссемини-

рованного споротрихоза, частота которого составляет 1% от всех случаев [1-5].

Выделяют несколько клинических форм кожного споротрихоза: кожно – лимфатическую, локализованную кожную и диссеминированную [2,6].

Кожно-лимфатическая форма встречается у 60 % больных. В месте травмы кожи появляется первичный элемент – споротрихозный узелок или узел безболезненный, плотный, эритематозный, неспаивающийся с кожей, как правило, на кисти или предплечье, который постепенно увеличивается в размерах, приобретает темно – красный цвет с синюшным оттенком и становится спаивающимся с окружающей тканью. Затем, по ходу лимфатического сосуда с интервалом в несколько сантиметров, по одному возникают последующие элементы. Спустя время узел становится менее плотным, разрушается, оставляя длительно существующую язву с серозным или гнойным отделяемым (споротрихозный шанкр). Края язвы подрытые, неровные, приподнятые за счет отека. Впоследствии язва рубцуется, иногда даже без лечения. Вторичные элементы проходят ту же эволюцию, что и первичные. Они продолжают возникать, достигая регионарного лимфатического узла, который уплотняется, но, как правило, не изъязвляется. Узлы и язвы нередко располагаются цепочкой по ходу лимфатического сосуда, но могут иметь и групповое расположение. Вторичные язвы без лечения могут просуществовать очень долгое время. Более редкими локализациями кожно – лимфатической формы является лицо (чаще у детей), ноги, туловище.

Локализованная кожная форма встречается реже, чем предыдущая и составляет порядка 40% всех случаев заболевания споротрихозом. Имеет различные клинические варианты, но чаще характеризуется единичным первичным аффектом без дальнейшей тенденции к распространению. Могут быть следующие клинические варианты: веррукозный, бляшечный, угревидный, индуративно-узловатый и фурункулоподобный.

Диссеминированная форма характеризуется распространенностью процесса и может проявляться только кожными высыпаниями или в сочетании с висцеральными поражениями. Могут быть эритематозные папулы, пустулы, подкожные узлы, из которых в дальнейшем формируются абсцессы, с последующим вскрытием, образованием язв, свищевых ходов, оставляющих в исходе линейные или звездчатые рубцы. Могут наблюдаться аллергиды – «споротрихозиды». Характерной их особенностью является то, что появление новых очагов не зависит от места первичной травмы, дальнейшее их появления связано с лимфатическими сосудами, но за счет гематогенного распространения может быть поражение внутренних органов – споротрихозный остеомиелит, артрит, пневмония, эндофтальмит, менингит [2,3].

Костно – суставная форма диссеминированного споротрихоза поражает, как правило, крупные суставы – коленный, локтевой, а также лучезапястные. Больные жалуются на боли, отек и ограничение

подвижности в суставе. Лихорадка не характерна. Кожа над пораженным суставом гиперемирована.

При **диссеминированной легочной форме**, появляются симптомы кашля, кровохаркания, лихорадка, потеря в весе. Может поражаться печень, почки, обычно у ослабленных больных [2,3].

Диагностика базируется на идентификации возбудителя *Sporotrichum Schenckii* при бактериоскопическом или бактериологическом исследовании отделяемого кожных очагов, мокроты и крови, а также при гистологическом исследовании (обнаружении в биоптате гранулематозного воспаления, «астероидных телец»). Микроскопия патологического материала не всегда позволяет обнаружить клетки или споры грибка [5].

Лечение. С положительным результатом, на протяжении более ста лет применяли препараты йодистого калия. В последние десятилетия используют системные антимикотики (амфотерицин Б, итраконазол и др.) [3,5].

Список литературы

1. Гордейкин, М.И. Споротрихоз: случай из клинической практики [Текст] / М.И. Гордейкин // Украинский журнал дерматовенерологии, венерологии, косметологии. – 2014. – №2 (53). – С. 89-92.
2. Грибковые болезни и их осложнения. Клиника, диагностика, лечение [Текст]: Руководство для врачей / Кулага В.В. [и др.]. – Луганск: Эльтон-2, 2006. – 520 с.
3. Сергеев, А.Ю. Грибковые инфекции [Текст]: Руководство для врачей / А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев. – М.: Изд-во Бином, 2003. – 440 с.
4. Случай поздней диагностики споротрихоза [Текст] / А.Н. Провизион, Л.Н. Провизион, Л.С. Баранцева // Украинский медицинский альманах. – 2011. – Т. 14, № 3. – С. 130-131.
5. *Clinical practice guidelines for the management of sporotrichosis: 2007 update by the Infectious Diseases Society of America* [Text] / P.G. Pappas, I. Tellez, A.E. Deep [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2007. – Vol. 45, № 10. – P. 1255-1265.
6. *Epidemiology of sporotrichosis in Venezuela* [Text] / S. Mata-Essayag, A. Delgado [et al.] // *Int. J. Dermatol.* – 2013. – Vol. 52, N 8. – P. 974-980.
7. *Report of 457 sporotrichosis cases from jilin province, northeast China, a serious endemic region* [Text] / Y. Song, S.S. Li, S.X. Zhong [et al.] *Eur. Acad. Dermatol. Venerol.* – 2013. – Vol. 27. – P.313-318.
8. *Sporotrichosis in Peru: description of an area of hyperendemicity* [Text] / P.G. Pappas, I. Tellez, A.E. Deep [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2000. – Vol. 30, №1. – P. 65-70.

Protsenko T.V., Provizion A.N.

CASE OF UNTIMELY DIAGNOSIS OF SPOROTRICHOSIS

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

Summary

In article is given the observation of a clinical case of late diagnosis of the cutaneous-lymphatic form of sporotrichosis in a 40-year-old woman. Also are presented a modern feature of etiopathogenesis, clinic, diagnosis and treatment of sporotrichosis.

Keywords: *sporotrichosis, cutaneous-lymphatic form, etiopathogenesis, clinic, diagnosis, treatment.*

Небесная Л.В.

ОСОБЕННОСТИ СОВРЕМЕННОЙ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ СИНДРОМА ЦЕЛИАКИИ

Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН»

Резюме

Представлен обобщенный опыт и современные рекомендации по алгоритму обследования для лабораторного подтверждения синдрома целиакии. Выделены скрининговые и подтверждающие методы исследования. Обсуждаются причины ложноположительных результатов.

Ключевые слова: аутоиммунные заболевания, целиакия, лабораторная диагностика.

Целиакия – это хроническое, мульти-органное аутоиммунное заболевание, при котором поражается тонкий кишечник у генетически предрасположенных детей и взрослых (при наличии генов HLA DQ2 и HLA DQ8). Поражение возникает при употреблении в пищу продуктов, содержащих глютен. Также это заболевание может упоминаться под названием целиакийное спру, глютенчувствительная энтеропатия или нетропическое спру [12].

При целиакии наблюдается хроническое воспаление слизистой оболочки кишечника, приводящее к атрофии ворсин, мальабсорбции с возникновением клинической симптоматики.

В развитых странах целиакия рассматривается как одна из важнейших общемедицинских проблем. В 2016 г. Всемирной ассоциацией гастроэнтерологов были представлены методические рекомендации, согласно которым 1% населения земного шара поражен глютенной энтеропатией и не может употреблять в пищу злаки (пшеницу, рожь, ячмень, овес) и продукты, их содержащие [4].

Целиакия распространена во всем мире, и ее частота значительно выросла за последние 20 лет [11]. Отмечается заметное увеличение количества новых

случаев заболевания, в частности, за счет более совершенных диагностических инструментов и скринирования лиц с повышенным риском развития целиакии [5]. Целиакия все еще представляет собой статистический айсберг со значительно большим количеством недиагностированных, чем выявленных случаев заболевания [4].

Распространенность заболевания колеблется от 1:132 в Швейцарии до 1:1000-1:2000 в других европейских странах; в Швеции — 1-3,7:1000, в Италии — 4,9:1000, в Австрии — 1:476, на западе Ирландии — 1:300 [3].

Крайне редко целиакию выявляют в Японии и Китае. Почти 80% больных составляют женщины. Возраст первых проявлений болезни у 86% заболевших — до 10 лет.

Прогресс в иммунологической диагностике привел к увеличению частоты выявления данной патологии в 10-20 раз у пациентов с бессимптомным или атипичным течением, а в группах риска — в сотни раз чаще, чем в общей популяции. Точную частоту этой патологии в популяции можно будет установить, по-видимому, только проведя масштабные скрининговые исследования [1].

Проблема целиакии особенно осложняется тем, что, не будучи вовремя диагностированным и леченым, заболевание значительно повышает риск развития онкологических осложнений: аденокарциномы тонкой кишки, рака пищевода, неходжкинской лимфомы, орофарингеального плоскоклеточного рака. При целиакии лимфому тонкой кишки диагностируют в 6–8% случаев.

В то же время известны случаи, когда пациенты, испытывающие облегчение как желудочно-кишечных, так других симптомов при переходе на безглютеновую диету, при исключении у них целиакии и IgE-опосредованной аллергии на пшеницу, расцениваются как имеющие «нецелиакийную чувствительность к глютену» [16].

Таким образом, необходимость целенаправленной диагностики целиакии очевидна, проблема данного заболевания является актуальной и требует настороженности со стороны врачей [2].

Целиакия возникает исключительно у лиц, несущих аллели HLA DQ2/DQ8, что позволяет использовать генотипирование HLA для выявления лиц с высоким генетическим риском целиакии. Характерные для целиакии гены относят к распространенному европейскому генотипу A1-B8-DR3, который имеют 30% населения северной Европы, поэтому присутствие в геноме молекул DQ2/DQ8 обязательно, но недостаточно для развития целиакии у человека. Генотипирование предлагается для исключения диагноза целиакии в неясных случаях.

Предполагаемые молекулярные механизмы развития целиакии многофакторны [14].

Группа исследователей из Берлина недавно идентифицировала tTG как важнейший эндомизиальный аутоантиген — мишень при целиакии [7].

Этот фермент синтезируется широким спектром клеток различного типа, но обычно находится в межклеточном пространстве. tTG потребляется клетками, которые участвуют в тканевой репарации и стабилизации, инициируя образование поперечных

связей между экстрацеллюлярными белками. Показано, что образование антител направлено против различных функциональных областей транслугтаминаз. Спектр аутоантител указывает, что нативная структура белка может быть мишенью аутоантител, и образующиеся патологические белковые комплексы могут быть цитотоксичны. При целиакии транслугтаминазы вовлечены в механизмы продукции аутоантител. Кроме того, tTG активирует трансформирующий фактор роста β , который изменяет коллагеновый синтез и индуцирует дифференцировку эпителиальных клеток слизистой кишечника.

Деамидированные пептиды более эффективно презентуются иммунной системе антигенпрезентирующими клетками в контексте HLA-DQ2 или DQ8 межэпителиальным лимфоцитам (МЭЛ) и преимущественно лимфоцитам собственной пластинки (ЛСП) — *Lamina propria* — слизистой оболочки тонкой кишки. При этом деамидированные пептиды имеют более специфичные эпитопы для В-клеток, чем нативные пептиды, и иммунный ответ против деамидированных пептидов повышен у пациентов с целиакией.

Тесты нового поколения направлены на выявление антител именно к деамидированным пептидам глиаина классов IgA и IgG.

В результате глютеносвязывающие пептиды стимулируют образование аутоантител к tTG и к глиадину. Предполагают, что иммунный ответ на глютен Т-лимфоцитами кишечника обусловлен генетической рестрикцией DQ2 или DQ8 локусов [11].

Молекулы DQ2 и DQ8 связывают эпитопы, образовавшиеся в результате деамидирования, такие как остатки глутаминовой кислоты. Добавление ингибитора tTG на фоне глютеносвязывающей нагрузки снижает или отменяет ответ Т-клеток слизистой кишечника на деамидированные пептиды. Из этих работ можно сделать вывод, что у предрасположенных пациентов рестриктированные по DQ2 Т-клетки активируются преимущественно деамидированными эпи-

топами глиаина, которые сформированы *in situ* эндогенной tTG, а не нативными глютенными злаков.

В ЛСП и МЭЛ растет апоптотическая активность и повышается экспрессия Fas-лиганда у нелеченых больных, по сравнению с лечеными и со здоровыми лицами. В острую фазу болезни также усиливается Fas-опосредованный апоптоз периферических лимфоцитов крови (рецептор Fas представляет собой так называемый «рецептор смерти», расположенный на поверхности клеток, активация которого приводит к запрограммированной гибели клеток (апоптозу) [6].

Нагрузка глютенем у больных целиакией быстро увеличивает экспрессию интерферона- γ (IFN- γ). Образующиеся лимфокины и антитела повреждают энтероциты ворсинок слизистой кишечника [13].

В результате слизистая кишечника атрофируется — исчезают ворсинки, развивается гиперплазия генеративного отдела, т.е. крипт. Характерна также выраженная инфильтрация эпителия и собственной пластинки слизистой оболочки МЭЛ и плазматическими лимфоцитами. На фоне атрофии слизистой оболочки при целиакии интенсивность пролиферации эпителия возрастает в 3 раза. При этом общее количество клеток в криптах может увеличиваться почти в 5 раз. Повышается скорость миграции энтероцитов, что рассматривается как адаптация в ответ на ускоренное разрушение клеток при целиакии. Таким образом, комплекс изменений в слизистой оболочке тонкой кишки может обозначаться как гиперрегенераторная атрофия [8].

В кишечнике отчетливо снижается активность пристеночных ферментов, особенно лактазы и аланинпролиновой пептидазы. Проницаемость слизистой кишечника, по данным лактулозо-рамнозного теста и теста с полиэтиленгликолем, повышается. Развивается синдром мальабсорбции.

Диагностика больных целиакией затруднена и может приводить к постановке ошибочных диагнозов. Особые сложности для диагностики вызывают стертые и атипичные случаи.

Серологическая диагностика

Определение антител к глиадину является скрининговым тестом в диагностике целиакии, а также используется для контроля эффективности лечения этого заболевания.

Уровень антиглиадиновых антител (AGA) класса А повышается в ранние сроки заболевания; на фоне лечения они быстро исчезают в течение 1-2 месяцев.

IgG-AGA появляются позже IgA, и их уровень может оставаться повышенным в течение 6-12 месяцев даже на фоне адекватной терапии. Для достоверной серологической диагностики необходимо определение AGA обоих классов. Впоследствии определение антиглиадиновых антител сохраняет значение как ранний предиктор глютенной интоксикации.

После идентификации тканевой транслугтаминазы как эндомизиального аутоантигена были разработаны иммуноферментные тесты, позволяющие осуществлять скрининг больших популяций. Наличие антител коррелирует с клиническими и гистологическими данными и титрами антиэндомизиальных антител (АЭА) у больных целиакией, подтвержденной в ходе биопсии, находящихся на глютен-содержащей диете-пациентов [15].

Определение АЭА и анти-tTG высокоэффективно для обычного лабораторного скрининга.

Изучение антител к tTG углубило понимание патогенеза целиакии, а распространение надежных серологических методов изменило наше знание клинической картины и распространенности болезни. Метод иммуноферментного определения антител к tTG позволяет доказать диагноз целиакии с высокой воспроизводимостью, чувствительностью и специфичностью.

Группой авторов (рис. 1) предложена новая схема скрининга, основанная на определении IgA к tTG (если имеется IgA-дефицит, определяется только IgG-антитела к tTG). В скрининг включена МЭЛ-лимфограмма, которая учитывает и клини-

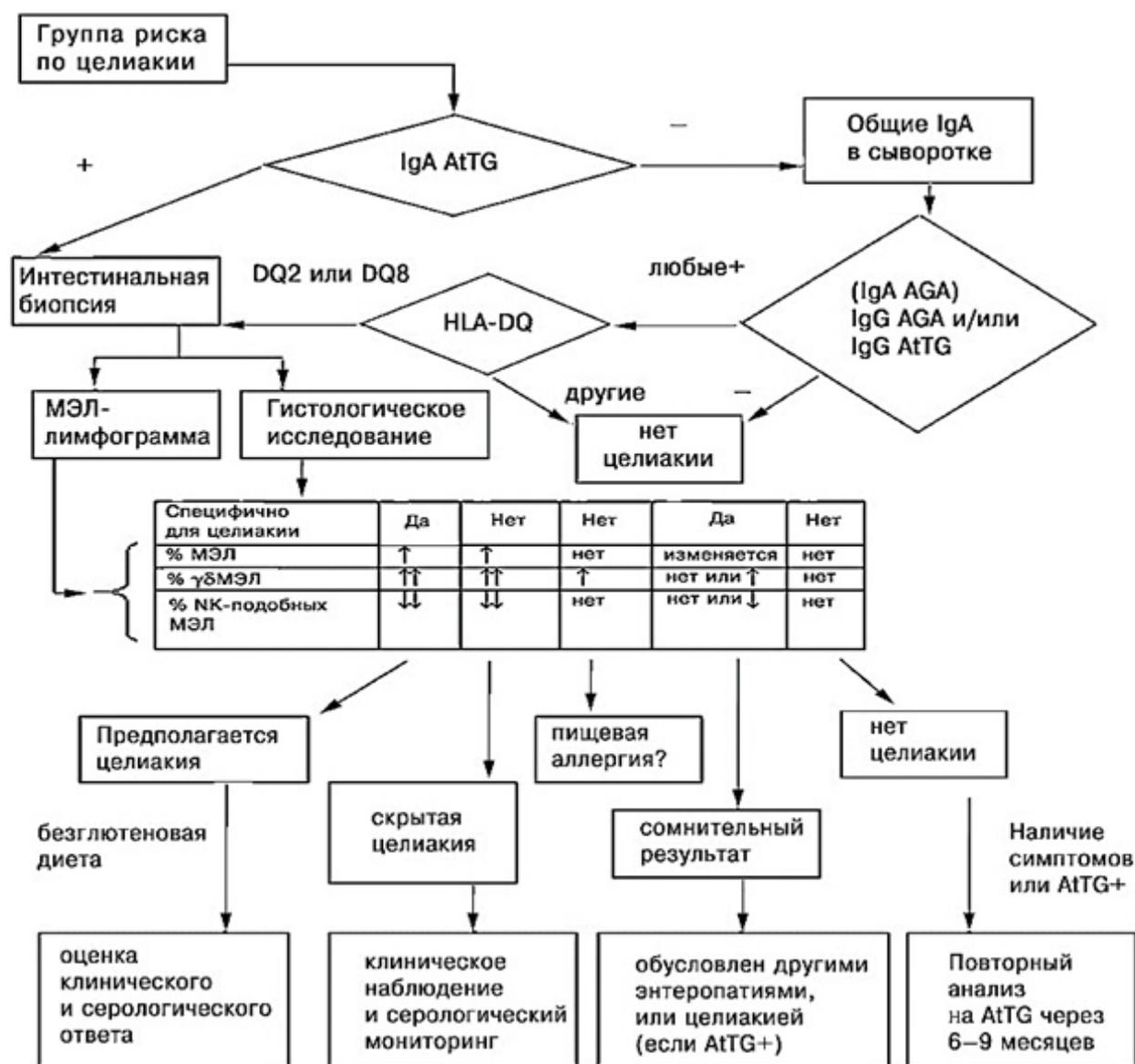


Рисунок 1. Новый алгоритм диагностики целиакии [10].

МЭЛ — межэпителиальные лимфоциты, N — нормальные значения.

ческий результат исключения глютена и глютеную нагрузку после гистологического подтверждения глютенной энтеропатии. Если МЭЛ-лимфограмма показывает нормальные значения для γδ-межэпителиальных Т-лимфоцитов и межэпителиальных НК-лимфоцитов, это имеет высокую отрицательную прогнозирующую ценность — 95% против наличия целиакии [9].

Учитывая большую распространенность целиакии в популяции в целом и

огромное количество больных целиакией-ассоциированными заболеваниями, такими как инсулинозависимый сахарный диабет, остеопороз, анемия, различные дефекты развития, эндокринные нарушения т.д., можно говорить о высокой социальной значимости своевременной диагностики целиакии. Кроме того, целиакия, даже клинически не выраженная, предрасполагает к другим аутоиммунным заболеваниям.

Список литературы

1. Губская, Е. Ю. Правда и вымыслы о целиакии [электронный ресурс] / Е.Ю. Губская // Украинский медицинский вестник *Therapia*. – 2007. – № 2. – С. 12.
2. Парфенов, А.И. Коварство глютеновой энтеропатии и успехи ее иммунологической диагностики [Текст] / Е.Ю. Парфенов // *Рос. Журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол.* – 1999. – №5. – С. 42-48.
3. Смирнова, М.А. Новый алгоритм диагностики целиакии [электронный ресурс] / М.А. Смирнова // *Лабораторная медицина*. – 2002. – №5. – С. 18-23.
4. Bai, J. C. World gastroenterology organisation global guidelines: Celiac disease February 2017 [Text] / J. C. Bai, C. Ciacci [et al.] // *Journal of clinical gastroenterology*. – 2017. – Vol. 51, №. 9. – P. 755-768.
5. Choung, R.S. Trends and racial/ethnic disparities in gluten-sensitive problems in the United States: findings from the National Health and Nutrition Examination Surveys from 1988 to 2012 [Text] / R.S. Choung, I.C. Ditah [et al.] // *Am. J. Gastroenterol.* – 2015. – Vol. 110 (3). – P. 455–61.
6. Di Sabatino, A. Apoptosis and peripheral blood lymphocyte depletion in celiac disease [Text] / A. Di Sabatino, S. D'Alo [et al.] // *Immunology*. – 2001. – Vol. 103. – P. 435-440.
7. Dieterich, W. Autoantibodies to Tissue Transglutaminase as Predictors of Celiac Disease [Text] / W. Dieterich, E. Laag [et al.] // *Gastroenterology*. – 1998. – V. 115. – P. 1317-1321.
8. Leon, F. Intestinal intraepithelial lymphocytes and anti-transglutaminase in a screening algorithm for celiac disease [Text] / F. Leon, P. Eiras [et al.] // *Gut*. – 2002. – Vol.50. – P. 740-748.
9. Lindqvist, U. IgA antibodies to gliadin and coeliac disease in psoriatic arthritis [Text] / U. Lindqvist, A. Rudsander [et al.] // *Rheumatology*. – 2002. – Vol. 41. – P. 31-37.
10. Lohi, S. Increasing prevalence of coeliac disease over time [Text] / S. Lohi, K. Mustalahti [et al.] // *Aliment. Pharmacol. Ther.* – 2007. – Vol. 26 (9). – P. 1217–25.
11. Ludvigsson, J.F. The Oslo definitions for coeliac disease and related terms [Text] / J.F. Ludvigsson, D.A. Leffler [et al.] // *Gut*. – 2013. – P. 62 (1). – P. 43–52.
12. Monteleone, G. Interferon alpha drives T cell-mediated immunopathology in the intestine [Text] / G. Monteleone, S. Pender [et al.] // *Eur. J. Immunol.* – 2001. – Vol. 31. – P.2247-2255.
13. Piper, J. High selectivity of human tissue transglutaminase for immunoactive gliadin peptides: implications for celiac sprue [Text] / J. Piper, G. Gray, C. Khosla // *Biochemistry*. – 2002. – Vol. 41. – P.386-393.
14. Salmaso, C. Comparison of ELISA for tissue transglutaminase autoantibodies with antiendomysium antibodies in pediatric and adult patients with celiac disease [Text] / C. Salmaso, A. Ocmant [et al.] // *Allergy*. – 2001. – Vol. 56. – P. 544-547.
15. Sapone, A. Spectrum of gluten-related disorders: consensus on new nomenclature and classification [Text] / A. Sapone, J.C. Bai [et al.] // *BMC Med.* – 2012. – Vol. 10, №. 1. – P. 1-12.
16. Sollid, L. Genes and environment in celiac disease [Text] / L. Sollid, S. McAdam [et al.] // *Acta Odontol. Scand.* – 2001. – Vol. 59. – P. 183-186.
17. Volta, U. High prevalence of celiac disease in Italian general population [Text] / U. Volta, S. Bellentani [et al.] // *Dig. Dis. Sci.* — 2001. – Vol.46. – P.1500-1505.

Nebesnaya L. V.

FEATURES OF THE MODERN LABORATORY DIAGNOSTICS OF THE CELIAC SYNDROME

Laboratory medicine center Bio-line

Summary

The generalized experience and modern recommendations on the examination algorithm for laboratory confirmation of celiac disease syndrome are presented. Screening and confirmatory research methods were identified. The reasons for false positive results are discussed.

Key words: *autoimmune diseases, celiac disease, laboratory diagnostics.*

Милус И.Е.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ ПРИ ПАТОЛОГИЧЕСКИХ РУБЦАХ КОЖИ

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

Резюме

Представлены современные подходы к ведению патологических рубцов кожи в зависимости от вида и давности существования.

Ключевые слова: *гипертрофические рубцы, келоиды, лечение.*

Актуальность проблемы лечения патологических рубцов кожи – гипертрофических (ГР) и особенно келоидов (КР) связана как с медицинской, так и эстетической составляющей проблемы, особенно при локализации их в видимых эстетически значимых топографических зонах (лицо, шея, декольте, руки и т.п.). Эффективность лечения определяет целый ряд экзо- и эндогенных факторов, выбранный метод терапии или их сочетание, но это всегда длительный многомесячный процесс [1-6]. Актуальность проблемы связана также и с известной склонностью к рецидивам КР при их хирургическом иссечении [3]. В связи с этим разрабатываются новые технологии деструкции рубцовой ткани, направленные на достижение медицинского и эстетического результата.

Для деструкции избыточной рубцовой ткани ГР и КР используют жидкий азот (криодеструкция), при котором эффект обусловлен прямым повреждением клеток и волокнистого каркаса под воздействием экстремально низких температур. Недостатком метода является риск развития в последующем атрофии и гипопигментации кожи, что, возможно, связано с повышенной чувствительностью меланоцитов к низкой температуре [2, 4]. При неполном охвате всей толщи КР некробиотическими процессами, обусловленными криодеструкцией, возможен рецидив келоида [3].

До настоящего времени распространенным способом лечения остается внутрирубцовое введение стероидов, которые подавляют синтеза коллагена, медиаторов воспаления и пролиферацию фибробластов, что и обуславливает уменьшение объема рубцовой ткани. Наиболее часто используемые препараты – триамцинолона ацетат или бетаметазон, кратность введения – 1 раз в 1 - 4—6 недель, до 5 -7 инъекций. Обычно их назначают при быстром росте рубца, явлениях выраженного воспаления, боли, зуда. При таком методе удается достичь снижения воспаления в молодых рубцах, однако риск осложнений довольно высок [2, 6].

Сравнительно новым является местное применение силиконовых пластин или силиконового геля, которые, как предполагают, воздействуют через кератиноциты на фибробласты, приводя к снижению синтеза коллагена и различных факторов роста. Основное требование к применению силиконовых пластин — это чистота поверхности пластины и области кожи, на которую ее накладывают. Оптимальный срок действия пластины - 24 часа в сутки, минимальный срок аппликации - 12 часов в сутки, продолжительность лечения - не менее 3 месяцев [3,5].

Для профилактики и лечения ПР рекомендуют применение геля комбинированного состава, содержащего экстракт лука репчатого, гепарин и аллантоин.

Доказано, что такой состав оказывает фибринолитическое, противовоспалительное, кератолитическое действие, стимулирует клеточную регенерацию без гиперплазии, ингибирует пролиферацию фибробластов. Гель может быть использован при лечении как свежих, так и застарелых ПР, как путем втирания в рубцовую ткань, так и под ультрафонофорез. Продолжительность лечения составляет от 3 до 6-12 месяцев.

Лучевая терапия, а именно пограничные рентгеновские лучи (лучи Букки) считаются одной из наиболее эффективных методик, особенно в отношении упорно не поддающихся лечению КР. Действие их основано на разрушение коллагеновых волокон, подавление активности фибробластов и повышению активности фиброкластов. Действию ионизирующего облучения подвергаются только поверхностные слои кожи (в частности, рубца), а на подлежащие ткани рентгеновская нагрузка незначительна. Идея применения лучей Букки очень рациональна, потому что в случае деструкции некоторого количества фибробластов достигается баланс между синтезом и деградацией сложного коллагена вплоть до изменения самой его структуры. Эта идея, в частности, реализована при использовании современной лазерной техники [4, 6].

Лазерная терапия широко используется в коррекции рубцовых изменений. Воздействие направленной лазерной энергии приводит к поглощению ее тканями, разогревающимися до высоких температур, в результате ткани ПР «выпариваются», происходит повреждение сосудов, питающих их. При этом просвет сосуда резко сужается, а потом и вовсе облитерируется. После прекращения поступления крови, ткани рубца заметно уменьшаются в размерах и постепенно атрофируются [3, 6]. Лазерное воздействие не подразумевает нарушения целостности кожного покрова. Лазерное лечение обладает высокой эффективностью, малым процентом рецидивов и может использоваться у широкого круга пациентов [3,5, 6].

Считают, что лазерная абляция ГР и КР при использовании углекислого лазера (10,600 нт) показала положительный результат с минимальной травмой ткани. При использовании углекислого лазера процент рецидивов достигал 39-92%, а при комбинации с постоперационным введением стероидов - 25-74% [3]. Аргонный лазер (488 нт) сходен с углекислым лазером, может индуцировать сокращение коллагена через генерацию чрезмерного локального нагрева, однако он вызывает до 45-93% рецидивов [6]. При использовании импульсного лазера на красителях (585 нт) происходит процесс фототермолиза, приводящий к микроваскулярному тромбозу [2]. Отмечают, что при применении импульсного лазера на красителях, рубцы становятся менее эритематозными и плотными [5].

Появились сообщения о применении в лечении КР антагонистов кальция (Верапамил), инъекционное введение которых приводит к рассасыванию ПР, но существенным недостатком методики считают выраженную болезненность [5].

Имеются данные по использованию цитостатиков (5-фторурацила и блеомицина) в лечении ПР, которые, как полагают, являясь антиметаболитами, подавляют пролиферативную активность фибробластов. Показано, что эффективность монотерапии КР 5-фторурацилом сопоставима с таковой при терапии глюкокортикостероидами, но при более длительном наблюдении (1-1,5 года) больных отмечают высокую частоту рецидивов КР [2, 6].

В последние годы появились успешные попытки применения в коррекции рубцов при применении природного комплекса изоферментов коллагеназы, молекулярной массой от 23 до 36 кДа (Ферменкол). Аппликации с Ферменколом рекомендуются на ранних стадиях формирования рубца, но не ранее 3—4 недель после травмы, ожога или оперативного вмешательства. Использование фонофореза с Ферменколом позволяет доставлять коллагенолитические ферменты в глубоко расположенные участки ПР [6].

Распространенным методом лечения ПР является использование гиалуронидазы (гиалуронидазы) - фермента, специфическим субстратом которого служит гиалуроновая кислота. Гиалуронидаза способствует частичному лизису основного вещества соединительной ткани [2]. Лечебный эффект проявляется размягчением рубцов, но более выражен в начальных стадиях патологического процесса [5].

Из новых перспективных направлений лечения, в первую очередь КР, следует отметить исследования в области применения антицитокиновых препаратов и гамма-интерферона. Интерферон, введенный в линию шва, после иссечения КР, может профилактически предотвращать рецидивы [6]. В исследованиях на животных было показано, что интерферон уменьшает фиброз после импланта-

ции инородного тела, а также при заживлении ожоговых ран.

Одним из эффективных методов сглаживания поверхности рубцовой ткани является микродермабразия – метод, с помощью которого можно проводить механическое выравнивание кожи. Метод не требует анестезии, но при использовании данного способа возникает необходимость многократного ее повторения [1].

Таким образом, анализ представленных результатов лечения ПР показывает, что, несмотря на многочисленность методов терапии, на сегодняшний день не существует универсального, хорошо отработанного и высокоэффективного лечения ГР и КР и только комбинация методов воздействия с учетом генеза и давности рубцовых деформаций может приводить к медицинскому и эстетическому результату.

Список литературы

1. Борзых, Ю.А. Обоснование комбинированной лечебно-профилактической тактики при келоидных и гипертрофических рубцах [Текст]: автореф. дис. канд мед.наук / Ю.А. Борзых. – Харьков, 2015. – 18 с.
2. Забненкова, О. Клинический опыт коррекции гипертрофических, келоидных и атрофических рубцов [Текст]/А.А. Барабанов // Врач. – 2007.- №2.- С. 32-34.
3. Международные рекомендации по ведению больных с рубцами (для международной комиссии экспертов по лечению рубцов) [Текст] // Т.А. Мустоэ, Р.Д. Куттер, М.Н. Голд [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2006. - №3. – С. 217 – 218.
4. Проценко, Т.В. Применение пограничных лучей Букки в комплексном лечении гипертрофических рубцов [Текст]/Т.В. Проценко // Вестн. дерматол. венерол. – 1984.- №9.- С. 42-46.
5. Самцов, А.В. Классификация, сравнительная клиническая характеристика и тактика лечения келоидных и гипертрофических рубцов кожи [Текст]/А.В.Самцов, О.С. Озерская // Вестн. дерматол. венерол. – 2002.- №3.- С. 70 -72.
6. Alster, T.S. Hypertrophic scars and keloids: etiology and management [Text] / T.S. Alster, E.L. Tanzi // Am. J. Clin. Dermatol. – 2003. – Vol. 4. – P. 235 – 243.

Milus I.E.

ACTUAL ISSUES OF TREATMENT TACTICS IN PATHOLOGICAL SKIN SCARS

Republican clinical center of dermatovenerology of MH DPR

Summary

The modern approaches to the management of pathological scars are presented.

Key words: *hypertrophic scars, keloids, treatment.*

Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

ДЕФИЦИТ И/ИЛИ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ВИТАМИНА D В ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ КОЖИ

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

Резюме

Представлены современные данные об участии витамина D в формировании различных форм аллергической патологии у детей. Спектр знаний о биологическом значении витамина D последнее время значительно расширился. Описаны особенности метаболизма витамина D и его участие в ведущих звеньях патогенеза атопического дерматита: в регуляции иммунного ответа, нарушениях целостности эпидермального барьера и реализации аллергического воспаления в коже. Компенсация дефицита витамина (гормона) D при аллергической патологии является важной профилактической и лечебной задачей в рамках терапевтических стратегий, направленных на улучшение качества жизни больных детей.

Ключевые слова: витамин D, дефицит витамина D, плейотропные эффекты.

Общеизвестна решающая роль витамина D в поддержании здоровья опорно-двигательной системы. Недавние исследования показали, что внекостные эффекты витамина D так многообразны и значительны, что позволяют трактовать его роль в организме как глобального регулятора гомеостаза организма. Открытие витамина D принадлежит британскому фармакологу Эдварду Мелланби, который в 1919 г. описал образование некоего «антирахитического вещества» при облучении ультрафиолетом кожи. Структура витамина D описана немецким ученым Адольфом Виндаусом, за что в 1928 г. ему была вручена Нобелевская премия по химии. До 80-х гг. прошлого века роль витамина D сводилась исключительно к антирахитическому средству для детей, а содержание этого витамина у взрослых не вызывало ни научного, ни практического интереса [1,5]. Все больше исследуются плейотропные–внекостные эффекты витамина D, в результате чего обнаружена взаимосвязь между его дефицитом и раз-

личными метаболическими нарушениями, заболеваниями сердечно-сосудистой, эндокринной, иммунной, репродуктивной и других систем. Благодаря этим работам, в настоящее время недостаточное количество витамина D представляется далеко не только как одна из главных причин остеопороза, но и как комплексная проблема для всего метаболизма [3,7-9]. Несмотря на то, что основные функции витамина D известны давно (участие в фосфорно-кальциевом обмене и профилактика рахита у детей), спектр знаний о нем в последнее время значительно расширился [4-6]. Исторически сложилось так, что витамином D называют два родственных жирорастворимых соединения –эргокальциферол и холекальциферол. Поэтому принято обобщенное название витамина D – кальциферолы [10]. Они являются жирорастворимыми соединениями и накапливаются в организме. Эргокальциферол (витамин D2) может поступать только с пищей растительного происхождения. Холекальциферол (вита-

мин D3) синтезируется эпидермисом под действием ультрафиолетовых лучей (UVB) в диапазоне 280-315 нм и поступает в организм человека с пищей [11-13].

В отличие от других соединений витамин D по существу не является витамином в принятом понимании этого термина, поскольку поступает в организм в неактивной форме и только за счет двухступенчатого метаболизма превращается в активную гормональную форму [22]. Для его активации холекальциферол сначала в печени при участии фермента 25-гидроксилазы (CYP27A1) гидроксилируется по 25-атому углерода с образованием 25-гидроксихолекальциферола (25(OH)D) или кальцитриол, а затем в почках последний гидроксилируется в 1,25-дигидроксихолекальциферол (1,25(OH)2D3) или кальцитриол. Этот процесс гидроксилирования, протекающий в почках под действием митохондриальной 1 α -гидроксилазы (CYP27B1), является скоростью лимитирующей реакции, определяющей уровень эндогенной продукции кальцитриола, как активной формы витамина D3 [18,19]. Увеличение концентрации кальцитриола по принципу обратной связи тормозит синтез 1 α -гидроксилазы почек, ингибируя его образование. Затем кальцитриол транспортируется в крови комплексом с белком-переносчиком, связывается с внутриклеточными рецепторами, взаимодействует с хроматином ядра и изменяет скорость трансляции различных белков. В клетках-мишенях это способствует синтезу белков, обеспечивающих всасывание кальция и фосфатов в энтероциты [15].

Атопический дерматит (АД), как самое раннее и частое клиническое проявление аллергии у детей, характеризуется зудом, возрастной морфологией высыпаний и локализацией [12,13]. Это хроническое наследственно обусловленное аллергическое воспаление кожи, первым реализующееся в атопическом марше, является также фактором риска развития аллергического ринита и бронхиальной астмы [21-23]. Витамин D непосредственно участвует в реализации ве-

дущих механизмов АД: генетической предрасположенности к атопии через генные полиморфизмы VDR, нарушения целостности эпидермального барьера и каскаде иммунных реакций, реализующих аллергическое воспаление в коже, которая является местом производства секостероидов и их депо. При этом кальцитриол регулирует активность пролиферации кератиноцитов, их дифференцировку, формирование цикла волосяного фолликула [14-18]. Повышенный синтез витамина D, индуцированный узкополосной фототерапией, способствует ускорению восстановления эпидермального барьера посредством активации синтеза филаггрина, а также пролиферации кератиноцитов, которые в этих условиях экспрессируют большое количество кальцитриола, ускоряющего их дифференцировку [10,11]. При уменьшении активности 1 α -гидроксилазы происходит снижение содержания белков – инволюкрина, филаггрина и лорикрина – маркеров дифференцировки кератиноцитов, необходимых для формирования кожного барьера при АД. Установлено также, что топические ингибиторы кальциневрина способны частично исправлять барьерный дефект кожи при АД посредством локальных изменений активности этого фермента [17].

В коже обнаружено множество генов, работа которых регулируется витамином D. Эти участки, названные VDRE, примыкают к генам, активируемым белковым комплексом VDR-RXR [22,23]. Это гены, кодирующие продукцию кератиноцитами эндогенных пептидов – кателицидина LL 37 и р2-дефензина, обладающих широким спектром антимикробной активности в отношении патогенной микробиоты кожи [11]. Витамин D активирует синтез кателицидина также эпителием респираторного тракта, что препятствует проникновению патогенов в нижние дыхательные пути. В человеческих моноцитах/макрофагах активация Toll-подобных рецепторов вызывает антимикробную активность, зависящую от VDR [21]. Доказано, что именно кальцитри-

ол служит через VDR прямым индуктором экспрессии гена кателицидина [18]. В связи с этим полагают, что дефицит витамина D у больных АД способствует инфицированию кожи золотистым стафилококком и его суперантитгенами [21].

Следует особенно отметить, что тяжесть и распространенность АД у детей также обусловлены дефицитом витамина D. При этом у больных АД, получавших витамин D, наблюдалось значительное улучшение, независимо от исходной тяжести АД [18-20]. У пациентов с низким уровнем витамина D (< 10 нг/мл) или, наоборот, с очень высоким уровнем (> 54 нг/мл) в крови, наблюдалось значительное повышение уровня Ig E. Коррекция сывороточной концентрации витамина D приводила к нормализации уровня Ig E [22].

Целесообразность использования витамина D при АД продиктована клиническим улучшением течения болезни после пребывания больного на солнце и эффек-

том фототерапии. При этом витамин D и его аналоги уменьшают восприимчивость к инфекциям у больных АД и контролируют местный воспалительный иммунный ответ [23]. Однако разработку рациональной тактики использования препаратов витамина D при АД у детей следует продолжать для определения оптимальной дозы и продолжительности лечения с учетом изменений концентраций витамина D в сыворотке крови при различной тяжести течения АД у детей.

Таким образом, спектр жизненно важных биологических эффектов витамина D чрезвычайно широк, а распространенность его дефицита достаточно высока. Именно поэтому компенсация дефицита витамина D является важной профилактической и лечебной задачей в рамках новых терапевтических стратегий, направленных на улучшение качества жизни больных детей с различными формами аллергической патологии.

Список литературы

1. Дедов, И.И., Мельниченко Г.А. Российские клинические рекомендации. Эндокринология. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 356 с.
2. Дрыгина, Л.Б. Статус витамина D при формировании остеопороза у пожарных МЧС России [Текст] / Л.Б. Дрыгина, Н.А. Дорофейчик-Дрыгина, О.В. Прохорова // Медико-биологические и социально-психологические проблемы безопасности в чрезвычайных ситуациях. – 2015. – № 3. – С. 5-9.
3. Клинические рекомендации. Дефицит витамина D у взрослых: диагностика, лечение, профилактика [Текст]. М., 2015. – 30 с.
4. Коденцова, В.М. Физиологическая потребность и эффективные дозы витамина D для коррекции его дефицита. Современное состояние проблемы [Текст] / В.М. Коденцова, О.И. Мендель, С.А. Хотимченко // Вопросы питания. – 2017. – Т. 86. – № 2. – С. 47-62.
5. Смирнова, Г.И. Управление течением болезни: атопический дерматит у детей [Текст] / Г.И. Смирнова // Рос. педиатр. журн. – 2014. – Т. 17, № 6. – С. 45-53.
6. Смирнова, Г.И. Микробиота кишечника и атопический дерматит у детей [Текст] / Г.И. Смирнова, Г.Р. Манкуте // Рос. педиатр. журн. – 2015. – Т. 18, №. 6. – С. 46-53.
7. Шварц, Г.Я. Ренессанс витамина D: молекулярно-биологические, физиологические и фармакологические аспекты [Текст] / Г.Я. Шварц // Медицинский совет. – 2015. – Т. 18. – С. 102-110.
8. Abboud, M. Sunlight exposure is just one of the factors which influence vitamin D status [Text] / M. Abboud, M.S. Rybchyn [et. al.] // Photochem. Photobiol. Sci. – 2017. – Vol. 16 (3). – P.302-313.
9. Aguiar, M. Preventing vitamin D deficiency (VDD): a systematic review of economic evaluations [Text] / M. Aguiar, L. Andronis [et al.] // Eur. J. Publ. Hlth. – 2017. – Vol. 27 (2). – P. 292-301.
10. Anto, J.M. Mechanisms of the Development of

- Allergy (MeDALL): Introducing novel concepts in allergy phenotypes [Text] / J.M. Anto, J. Bousquet [et al.] // J. Allergy Clin. Immunol. – 2017. – T. 139 (2). – P. 388-399.*
11. Caprio M. Vitamin D: not just the bone. Evidence for beneficial pleiotropic extraskeletal effects [Text] / M. Caprio, M. Infante [et al.] // *Eat Weight Disord.* – 2017. – Vol. 22 (1). – P.27-30.
12. Chunfeng, Y. Vitamin D deficiency prevalence and risk factors among pregnant Chinese women [Text] / Y. Chunfeng, C. Jing [et al.] // *Public Health Nutrition.* – 2015. – Vol. 20 (10). – P. 1746-1754.
13. Genuneit, J. Overview of systematic reviews in allergy epidemiology [Text] / J. Genuneit, A.M. Seibold [et al.] // *Allergy.* – 2017. – Vol. 72(6). – P. 849-856.
14. Gröber, U. Vitamin D: Update 2013: From rickets prophylaxis to general preventive healthcare [Text] / U. Gröber, J. Spitz [et al.] // *Dermatoendocrinol.* – 2013. – Vol. 5 (3). – P. 331-347.
15. Hewison, M. Vitamin D and the intracrinology of innate immunity [Text] / M. Hewison // *Mol. Cell. Endocrinol.* – 2010. – Vol. 321 (2). – P. 103-111.
16. Lombardi, C. Vitamin D levels and allergic diseases. An italian cross-sectional multicenter survey [Text] / C. Lombardi, G. Passalacqua [et al.] // *Eur. Ann. Allergy Clin. Immunol.* – 2017. – Vol. 49 (2). – P. 75-79.
17. Nettore, I.C. Sunshine vitamin and thyroid [Text] / I.C. Nettore, L. Albano [et al.] // *Rev. Endocr. Metab. Disord.* – 2017. – T. 18, № 3. – P. 347-354.
18. Ozono, K. Regulatory mechanism of calcium metabolism [Text] / K. Ozono // *Clin. Calcium.* – 2017. – T. 27 (4). – P. 483-490.
19. Pigarova, E. Changes in physical function in patients with chronic fatigue syndrome treated with vitamin D [Text] / E. Pigarova, A. Plescheva, L. Dzeranova // *Proceedings of «ENDO.* – 2013. – P. 15-18.
20. Richard, A. Prevalence of vitamin D deficiency and its associations with skin color in pregnant women in the first trimester in a sample from Switzerland [Text] / A. Richard, R. Sabine, C. Katharina // *Quack Lotscher Nutrients.* – 2017. – Vol. 9. – P. 2-11.
21. Watkins, R.R. An update on the association of vitamin D deficiency with common infectious diseases [Text] / R.R. Watkins, T.L. Lemonovich, R.A. Salata // *Can. J. Physiol. Pharmacol.* – 2015. – Vol. 93 (5). – P. 363-368.
22. Wierzbicka, J. The renaissance of vitamin D [Text] / J. Wierzbicka, A. Piotrowska, M.A. Zmijewski // *Acta Biochim Pol.* – 2014. – Vol. 61(4). – P. 679-686.
23. Williams, H.C. Epidemiology of human atopic dermatitis-seven areas of notable progress and seven areas of notable ignorance [Text] / H.C. Williams // *Vet. Dermatol.* – 2013. – Vol. 24 (1). – P. 3-9.

Dubovaya A.V., Naumenko Yu.V.

DEFICIENCY AND / OR FAILURE OF VITAMIN D IN AESTHETIC PROBLEMS OF SKIN

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

Summary

There are presented data on the participation of vitamin D in the formation of various forms of allergic pathology in children. The spectrum of knowledge about the biological properties of vitamin D has recently expanded significantly. There are described peculiarities of metabolism of vitamin D and its participation in the leading links of the pathogenesis of atopic dermatitis: in the regulation of the immune response, violations of the integrity of the epidermal barrier and the realization of allergic inflammation in the skin. the compensation for vitamin D (hormone) D deficiency in allergic pathology to be an important preventive and curative task within the framework of therapeutic strategies aimed at improving the quality of life of sick children.

Keywords: *vitamin D, vitamin D deficiency, pleiotropic effects.*

УДК 616.5 + 615.849: 615.31 + 613.495

Иванова И.П., Романенко К.В., Давлеева М.Д., Белик И.Е.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГА И СТОМАТОЛОГА

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

Резюме

В статье приведены основные принципы работы CO₂, эрбиевого, неодимового лазеров, лазера с модулируемой добротностью (Q-switch), их технологические характеристики, преимущество работы эрбиевого от CO₂ лазера. Показаны возможности в лечении дерматологической и стоматологической патологии, коррекции эстетических проблем.

Ключевые слова: эрбиевый лазер, CO₂-лазер, неодимовый лазер, Q-switch лазер.

Лазер (laser) – это аббревиатура от английского (Light Amplification by Stimulated Emission of Radiation) – в переводе это означает усиление света в результате вынужденного излучения. В самом названии раскрыт принцип работы лазера. Если в обычном веществе свет поглощается с преобразованием энергии в тепло, переизлучается или рассеивается, то в рабочем теле лазера свет усиливается за счет поступления энергии извне. При этом вынужденное излучение фотонов света инициируется самими же фотонами, в результате этого происходит усиление света [1, 2, 11, 13].

Лазер обычно называют по материалу рабочей среды (рабочего тела лазера). Это может быть газ (например, аргон, CO₂), жидкость (импульсные лазеры на красителях), кристалл (александрит в александритовом лазере, диод в полупроводниковом лазере, аллюмоитриевый гранат с эрбием в Er-YAG, аллюмоитриевый гранат с неодимом в Nd-YAG лазере и рубин в рубиновом лазере [2, 5, 7, 14].

Лазеры различают также по типу генерации излучения. Они бывают непрерывными, импульсными или с модулируемой добротностью (Q-switch). Непрерывные

лазеры генерируют свет в виде непрерывного луча относительно низкой мощностью наподобие CO₂ лазера [9, 14, 15]. Была разработана модификация суперимпульсирования, при которой лазер излучает быструю серию импульсов большей отдельной мощностью. Эти, так называемые, квазинепрерывные лазеры генерируют импульсы, которые следуют друг за другом так часто, что кожа не успевает охладиться между ними. Их действие на кожу очень похоже на действие луча лазера непрерывного действия. Только с разработкой импульсных лазеров высокой мощности отдельными импульсами стало возможным достигать клинически значимого воздействия на ткани. К импульсным лазерам относятся александритовый, неодимовый, эрбиевый, диодный, а также Q-switch лазеры, которые генерируют очень короткие наноимпульсы с крайне высокой пиковой мощностью [1, 2, 3, 16].

Особенностью лазерного излучения является то, что все фотоны в нем имеют одинаковую частоту (монохроматичность). При поглощении большого количества света происходит нагревание поглотившего вещества, т. е. используя лазеры, мы можем нагревать определенные слои кожи

или структуры человеческого организма, не нагревая окружающие участки. Глубина залегания нагреваемой ткани выбирается подбором длины волны лазера. Вещество, поглотившее свет, называют хромофором. В роли хромофора может выступать любой компонент человеческого тела: гемоглобин, оксигемоглобин крови, меланин, жир, вода в клетках, волосяные луковицы, стенки сосудов, пигментные и татуировочные вкрапления. Зависимость коэффициента поглощения от длины волны падающего света (спектр поглощения для большинства компонентов кожи известен) позволяет выбрать доступную длину волны лазера, которая будет максимально поглощаться целевым объектом, максимально нагревая его и как можно меньше затрагивая соседние ткани [1, 3, 5, 7].

Ультрафиолетовый свет (УФ) с длинами волн от 200 до 290 нм неплохо поглощается всеми биологическими объектами клетками и тканями.

Видимый свет длины волн от 400 до 760 нм хорошо поглощается кровью (гемоглобин) и пигментами (меланин). Так же в этом диапазоне могут поглощать внесенные в кожу посторонние вещества (татуировочный пигмент)

В инфракрасном диапазоне (более 750 нм) возрастает поглощение биомолекул, а поглощение меланином и гемоглобином значительно ослабевают.

Длины волн более 1200 нм поглощаются преимущественно водой, содержащейся в организме практически повсеместно (максимум поглощения 2940 нм).

В диапазоне 1200-1700 нм находится максимум поглощения жира. В диапазоне 6000 -7000 нм резко возрастает коэффициент поглощения света коллагеном, что позволяет нагревать его напрямую, а не путем теплопередачи от молекул воды как происходит при использовании Er-jag лазером. Эти особенности поглощения коллагеном используются в процедурах омоложения кожи СО2 лазером с длиной волны 7000 нм [1, 5, 7, 9]. Следовательно, различные со-

ставляющие кожи часто поглощают свет с различными длинами волн, что и привело к созданию различных лазеров, непосредственно воздействующих на определенные хромофоры кожи.

Технологии лазерного воздействия находят все более широкое применение в ежедневной практике врачей дерматокосметологов и стоматологов. Лазерная шлифовка кожи (ЛШК) - это современный метод устранения поверхностных дефектов кожи, таких как рубцы, татуировки, пигментации. Так как кожа на 77% состоит из воды, для этих процедур выбираются те лазеры, излучение которых хорошо поглощается водой, и, следовательно, кожей. В области поглощения происходит быстрый подъем температуры до нескольких сотен градусов, в результате чего ткань почти мгновенно испаряется. Скорость испарения (вапоризации) настолько высока, что нагретый слой превращается в пар, не успевая отдать тепло в более глубокие слои кожи. В последнее время все большую популярность приобретают ЛШК обширных участков кожи с целью ее омоложения. Для данной процедуры в клинической практике используются СО2-лазеры и эрбиевые лазеры [1, 2, 5, 12].

Медицинская работа лазерной системы может быть абляционной (основанной на разрушении поверхностных слоев кожи) и неабляционной (коагуляционный) - нагрев и разрушение тканей-мишеней с частичной денатурацией белка без повреждения поверхностных слоев кожи. Классификация лазерных воздействий строится на основе эффектов, которые возникают при воздействии лазерной энергии. В основе процесса лежат 2 эффекта: 1) селективный фототермолиз — когда происходит поглощение лазерной энергии одной тканью-мишенью (95%), при этом поглощение по другим тканям-мишеням минимально (5%) и не оказывает существенного воздействия на конечный результат; 2) гомогенный фототермолиз - когда лазерная энергия в определенных пропорциях распределяется между двумя и более тканями мишенями.

СО₂-лазер с длиной волны 7000 нм при ЛШК удаляют слой кожи 20-40 мкм (практически на всю глубину эпидермиса), при этом зона теплового повреждения распространяется в дерму на 150 мкм и более, вызывая коагуляцию коллагена. Это приводит как к желаемому эффекту (сокращение денатурированных коллагеновых волокон, разглаживание кожи), так и к побочным проявлениям (замедленная реэпителизация, длительная эритема), носящим временный характер. Наряду с этим возможны и более серьезные осложнения, такие как гипер и атрофические рубцы [2, 9, 14]. Эрбиевый лазер с длинной волны 2940 нм проникает на меньшую глубину, порядком до 20 мкм, вызывая быструю вапоризацию тонкого слоя практически без термического повреждения окружающих тканей, его работа основана на явлениях селективного фототермолиза. Есть мнение, что термическое повреждение волокон коллагена при ЛШК СО₂-лазером дает больший омолаживающий эффект, чем холодная шлифовка эрбиевым лазером. С другой стороны, предпочтение эрбиевого лазера, как более безопасного, связано при ЛШК с быстрой эпителизацией и меньшим процентом осложнений, что особенно важно в условиях частных клиник [2, 3, 5, 6]. Общепринято разделять лазерные технологии на 2 вида (абляционные и неабляционные). Под лазерной абляцией понимают ликвидацию участка живой ткани под непосредственным воздействием лазерного излучения. Абляционные лазерные воздействия полным лучом лазера - это классические методики. При реализации абляционных методик применяются методики шлифовки кожи, шлифовки рубцовой ткани и стрий, удаление всех мягкотканых (доброкачественных) образований. Основная задача эстетических методик — изменение рельефа кожи, создание оптически ровной гладкой поверхности. Для этого применяется: 1) холодный лазерный пилинг — создание оптически ровной поверхности — выравнивание рельефа кожи, удалении застойных и пигментных пятен,

улучшение цвета кожи; 2) горячий лазерный пилинг — в результате данного воздействия тепло передается ниже базальной мембраны, происходит обратимый ожог коллагена, его сморщивание. Этот пилинг, с эффектом сокращения площади кожи, используется у всех возрастных пациентов в процедурах омоложения кожи, способствует разглаживанию морщин. Задачами эстетической шлифовки является изменение структуры эпидермиса и рельефа. Используется при наличии выраженных морщин, расширенных пор. Данная шлифовка способствует сокращению площади кожи.

Эрбиевый лазер используется так же для удаления мягкотканых доброкачественных образований. К доброкачественным образованиям кожи и мягких тканей относятся: обыкновенные бородавки, синингоммы, аденомы сальных желез, ринофима, себорейные кератомы, себорейный кератоз, хлоазмы, ксантелазмы, милиумы, старческие кератомы. Механизм удаления доброкачественных гиперпластических образований основан на их деструкции и вапоризации Эрб YAG лазером. Перед удалением обязательно проведение дерматоскопии [1, 2, 5, 15].

Лазерное лечение рубцовых деформаций кожи – рубцов постакне, нормотрофических и гипертрофических рубцов. Потребность разработки как можно менее инвазивного лазерного лечения с минимальными побочными эффектами и высокой эффективностью существует много лет. В 2004 году была разработана новая технология омоложения и лечения рубцов, названная фракционным лазерным фототермолизом (ФЛФ) [3, 6, 5, 16]. Она заключается в создании несообщающихся микротермических зон (МТЗ) повреждения определенных размеров, окруженных зонами неповрежденной ткани. Путем сохранения таких зон неповрежденной кожи целостность эпидермиса восстанавливается за счет его быстрой реэпителизации. Это резко сокращает время заживления. Стоит отметить, что глубина и диаметр МТЗ опре-

деляются энергией лазерного луча и могут быть скорректированы в зависимости от клинических целей. Научная концепция, лежащая в основе ФЛФ, заключается в применении микроскопических пучков точечного сильнофокусированного света, которые вызывают малые фокальные зоны повреждения тканей. Контролируемый температурный стресс эпидермиса и дермы при лазерном повреждении стимулирует регенерацию и репарацию кожи, активируя реэпителизацию и ремоделирование коллагена. Считается, что именно неоколлагенез является причиной улучшения вида кожи, заключающегося в увеличении плотности кожи, разглаживанию морщин и рубцов [3, 4, 15]. Абляционный ФЛФ широко применяется для удаления рубцов различного происхождения. Обработка рубцов эрбиевым лазером является «золотым стандартом» для таких задач.

Сочетанная технология фракционного лазерного фототермолиза со шлифовой рубцов так же используется в лечении нормотрофических и гипертрофических рубцов и рубцов постакне, которая приводит к постепенному выпариванию грубой волокнистой ткани, истончению рубцов и запуску процессов неоколлагенеза, фактически происходит лазерная модификация рубцовой ткани. Прimitивно говоря, грубые патологические волокна заменяются тонкой нежной волокнистой субстанцией. Воздействие фракционным лазером на дно рубцов постакне позволяет улучшить внешний вид рубцов на 50-80%, существенно улучшает эластичность кожи, нивелируется грубая граница между дном и краями рубцов. Восстановление коллагена с последующим клиническим разглаживанием рубца происходит в течение 12-18 месяцев после окончания процедур.

В лечении сосудистых патологий кожи – используется неодимовый лазер с длиной волны 1064 нм и калий-титанил-фосфатный (КТР) с длиной волны 532 нм [8]. Основными поглощающими структурами (тканями-мишенями) являются все формы

гемоглобина. Роль хромофора в данном случае выполняет оксигемоглобин эритроцитов, находящихся в кровеносных сосудах. Целью процедур является нанесение теплового повреждения кровеносным сосудам при сохранении целостности окружающей ткани. Nd-YAG лазер со сверхдлинными импульсами позволяет получить эффект коагуляции ткани мишеней (глубокий интенсивный прогрев тканей с частичной денатурацией структуры белка). В результате поглощения энергии кровь сосудов закипает, создается термо-акустическая волна, которая выталкивает близлежащую кровь – возникает зона пониженного давления, в которой стенки сосудов спадаются и, в результате нагрева, спаиваются и коагулируются. С помощью данной технологии можно удалять: капиллярные гемангиомы у детей, старческие гемангиомы в области слизистых (красной каймы губ), пламенеющие невусы (винные пятна), телеангиэктазии в области лица и нижних конечностей, проводить лечение купероза, эритематозной стадии розацеа.

Nd YAG лазер с длиной волны 1064 нм широко используется в лечении онихомикозов [8], который благодаря сверхдлинным импульсам оказывает коагуляционное воздействие на белковую структуру гриба, в результате чего и происходит его гибель. Эффективность лечения в среднем составляет 87-90%. Лазерное лечение не имеет побочных эффектов, присущих системной противогрибковой терапии, может использоваться в случаях, когда стандартное лечение противопоказано (беременность, детский возраст, нарушение функций печени). Несомненным достоинством лазерного лечения, по сравнению со стандартными методиками, следует считать значительное сокращение времени лечения (всего 4 сеанса в течение одного месяца против 3х-12ти месячной терапии системными антимикотиками).

В лечении угревой болезни так же используется неодимовый лазер. Механизм такой же – оказывает коагули-

рующее действие на белковую оболочку *Propionibacterium asnes*, вызывая таким образом стерилизацию кожи.

Для удаления татуировок и гиперпигментации кожи используют Q-switch лазеры с модулирующей добротностью (очень мощные, но короткие по длительности импульсы в диапазоне наносекунд). При удалении татуировок и гиперпигментаций воздействие лазерного излучения направлено на мелкие частицы татуировочной краски, которые находятся в макрофагах или диффузно распределены во внеклеточном пространстве по всей толщине дермы. При лечении пигментных поражений лазер нацелен на содержащийся в них хромофор – меланин. При воздействии на татуировку лазера с модулирующей добротностью частицы татуировки разбиваются на мелкие фрагменты, облегчая и ускоряя удаление этих частиц макрофагами кожи. При этом используется длина волны 1064 нм (удаляются черные, синие, фиолетовые татуировки). Для

удаления гиперпигментных пятен (веснушки, хлоазма, мелазма) используются лазеры с модулирующей добротностью с длиной волны 532 нм, при которых так же разбиваются частицы пигмента меланина на мелкие фрагменты, а затем макрофаги захватывают их и удаляют из кожи. Этими же лазерами удаляются красные и коричневые татуировки.

Таким образом, последние годы в дерматологии и стоматологии широко применяют новейшие лазерные технологии – одно из самых важных открытий в медицине. Лазеры CO₂, эрбиевый широко используют в лечении различных заболеваний кожи и слизистых оболочек, удалении доброкачественных мягкотканых образований, устранение эстетических дефектов, лечение различных видов рубцов и растяжек. Неодимовый лазер используется для лечения всех видов сосудистых патологий кожи, Q-switch лазер с модулирующей добротностью - для удаления татуировок и гиперпигментных пятен.

Список литературы

1. Беликов, А.В. Теоретические и экспериментальные основы лазерной абляции биоматериалов [Текст] / А.В. Беликов, А.Е. Пушкарева, А.В. Скрипник. – СПб.: СПбГУ ИТМО, 2011. – 120с.
2. Гейниц, А.В. Лазерная терапия в косметологии и дерматовенерологии [Текст]: руководство / А.В. Гейниц – М.: Тверь, издательство «Триада», 2010. – 400 с.
3. Карabut, М.М. Фракционный лазерный фототермолиз в лечении кожных дефектов: возможность и эффективность (Обзор) [Текст] / М.М. Карabut, Н.Д. Гладкова, Ф.И. Фельдштейн // СМТ. – 2016. – Т. 8, № 2. – С. 21 – 27.
4. Карabut, М.М. Применение фракционного лазерного фототермолиза в клинической практике [Текст] / М.М. Карabut [и др.] //Современные технологии в медицине. – 2010. – №4. – С. 115-121.
5. Ковалькова, Е. Эрбиевый лазер как инструмент косметической хирургии [Текст] / Е. Ковалькова // «Косметика-медицина». – 2000. – №2. – С. 28 – 32.
6. Круглова, Л.С. Обзор современных методов коррекции рубцов постакне [Текст] / Л.С. Круглова, П.А. Колчева. Н.Б. Коржанкина // Вестник новых медицинских технологий. – 2018 – Т. 25, № 4 – С. 155 – 163.
7. Цепколенко, В.А. Стандартизация подходов к коррекции возрастных изменений кожи // тез. докл. VI Национальный конгресс по дерматовенерологии и эстетической медицине. – Донецк. – 2006. – С. 32.
8. Anderson, R.R. Selective photothermolysis of cutaneous pigmentation by Q-switched Nd:YAG laser pulse at 1064, 532 and 355 nm [Text] / R.R. Anderson, R.J. Margolis [et. al.] // Journal of Investigative dermatology. - 1989. – Vol. 93 (1). – P. 28-32.
9. Berlin, A.L. A prospective study of fractional scanned nonsequential carbon dioxide laser resurfacing: a

- clinical and histopathologic evaluation [Text] / A.L. Berlin, M. Hussain [et al.] // Dermatol. Surg. – 2009. – Vol. 35 (2). – P. 222-228.*
10. Helbig, D. *Molecular changes during skin aging and wound healing after fractional ablative photothermolysis [Text] / D. Helbig, U. Paasch // Skin Res. Technol. – 2011. – Vol. 17 (1). – P. 119-129.*
11. Helbig, D. *Human skin explant model to study molecular changes in response to fractional photothermolysis: spatiotemporal expression of HSP 70 [Text] / D. Helbig, M. Bodendorf [et al.] // Medical Laser Application. – 2010. – №25. – P. 173-180.*
12. Helbig, D. *Nonablative skin rejuvenation devices and the role of heat shock protein 70: results of a human skin explant model [Text] / D. Helbig, A. Moebius [et al.] // J Biomed. Opt. – 2010. – Vol. 15 (3). – P. 120-132.*
13. Ranter, D. *Cutaneous laser resurfacing [Text] / D. Ratner, Y. Tse [et al.] // J. Am. Acad. Dermatol. – 1999. – №41. – P. 365-389.*
14. Schwartz, R.J. *Long-term assessment of CO2 facial laser resurfacing: aesthetic results and complications [Text] / R.J. Schwartz, A.J. Burns [et al.] // Plast. Reconstr. Surg. – 1999. – Vol. 103. – P. 592-601.*
15. Tierney, E.P. *Review of fractional photothermolysis: treatment indications and efficacy [Text] / E.P. Tierney, D.J. Kouba, C.W. Hanke // Dermatol Surg. – 2009. – Vol. 35(10). – P. 1445-1461.*
16. Seckel, B.R. *Инновационная технология улучшения кожного рельефа фракционным абляционным лазером Lux 2940 системы Star Lux 500 [Текст] / B.R. Seckel, K.A. Khatri // Эстетическая медицина. – 2008. – №2. – С. 190-191.*

Ivanova I.P., Romanenko K.V., Davlyeyeva M.D., Belik I.E.

MODERN LASER TECHNOLOGIES IN DERMATOCOSMETOLOGICAL AND DENTAL PRACTICE

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

Summary

The article describes the basic principles of operation CO2, erbium, neodymium lasers, a Q-switch laser, their technological characteristics, and the advantage of operating an erbium laser from a CO2 laser. The possibilities in treatment of dermatological and dental pathology, and the correction of aesthetic problems are shown.

Keywords: *erbium laser, CO2 laser, neodymium laser, Q-switch laser.*

**ТЕЗИСЫ
IV МЕЖДИСЦИПЛИНАРНОГО
ANTI-AGE СИМПОЗИУМА
С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ**

**«ИНТЕГРАЛЬНЫЙ ПОДХОД
К КОРРЕКЦИИ ВОЗРАСТНЫХ
ИЗМЕНЕНИЙ ЛИЦА»**

29 апреля 2020 г.

г. Донецк

Абрамова В.Ю.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКАЯ И ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ИНФАНТИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ В ОБЛАСТИ ЛИЦА

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

Цель: Определить возможности дерматоскопии и высокочастотного исследования кожи в оценке эффективности лечения инфантильных гемангиом (ИГ)

Материалы и методы: Под наблюдением находились 5 детей с кожными проявлениями ИГ (3 девочки и 2 мальчика) в возрасте от 2 до 9 месяцев. По результатам комплексного обследования системные вовлечения были исключены. Назначение β -адреноблокатора (пропранолол), мониторинг клинической эффективности и переносимости проводилось педиатрами детского кардиологического отделения Института неотложной и восстановительной хирургии им. В.К. Гусака. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа DermLite DL4 (3Gen, USA) в режиме кросс-поляризации до и через 3 месяца лечения. Высокочастотная диагностика (ВЧД) кожи с цветовым доплеровским картированием (ЦДК) проводилась с помощью аппарата MyLabTouch (Esaote, Italy) до и через 3 месяца лечения.

Результаты: Единичные поверхностные ИГ были у 4 детей, одна глубокая форма ИГ – у 1 девочки. ИГ локализовались в области щек – у 2 (1 девочка и 1 мальчик), надбровных дуг – у 2 (1 девочка и 1 мальчик), в области верхнего века – у 1 девочки. У 3 пациентов ИГ были представлены в виде пятен и папул, ярко-красного цвета, с четкими границами, у 1 – пятно с нечеткими контурами, отмечался активный рост. Во всех случаях поверхность очагов гладкая, размеры в диаметре до 2 см. При дерматоскопии у большинства пациентов с поверхностными формами ИГ были выявлены лакуны, преимуще-

ственно в центральной части образования и разветвленные сосуды, ближе к периферии очага. По данным ВЧД кожи во всех случаях определялось гипоехогенные образования в дерме с нечеткими и неровными контурами, наибольший размер которых составил 2,0 x 0,15 см, наименьший – 1,0 x 0,11 см. В режиме ЦДК максимальный диаметр сосудов составил 0,11 см, минимальный – 0,05 см. У 1 девочки с глубокой ИГ при пальпации очага в области левой щеки определялся плотный узел в дерме, округлой формы, размером 5,0 x 4,0 см; при дерматоскопии выявляли извитые расширенные сосуды, при ВЧД определялось гетерогенное образование неправильной формы, размером 47x54x29 мм, с неровной поверхностью, неоднородной структурой, множеством тубулярных включений неправильной формы. При ЦДК прослеживался усиленный хаотичный кровоток. Через 3 месяца лечения у всех детей отмечали инволютивные изменения, как при визуальном осмотре, так и при дерматоскопии и ВЧД кожи. Во всех случаях поверхностных форм ИГ, очаги побледнели, в центре отмечалась белая бесструктурная зона (зона регресса), с нечеткими контурами. При дерматоскопии отмечалось отсутствие либо уменьшение количества лакун, сохранялись расширенные линейные, а также в виде точек и запятых сосуды. При ВЧД кожи отмечалось уменьшение размеров образования в дерме и выраженности кровотока.

Выводы: Дерматоскопия и ВЧД кожи позволяют неинвазивно в динамике контролировать особенности инволюции ИГ и оптимизировать их лечение.

Боряк С.А.

КЛИНИЧЕСКАЯ И ЭСТЕТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ДЕФИЦИТА ВИТАМИНА D В ДЕРМАТОЛОГИИ

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

Цель – изучить влияние витамина D на течение атопического дерматита.

Материалы и методы исследования. Обследовано 15 больных (8 мужчин, 7 женщин) атопическим дерматитом в возрасте от 7 месяцев до 45 лет. Степень выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD. Все больные были обследованы на лактозную непереносимость методом ПЦР-генетика. У всех пациентов проводилось количественное определение концентрации витамина D - 25(OH)D в сыворотке крови иммуноферментным методом.

Результаты. У 86,7% больных атопическим дерматитом была выявлена лактозная непереносимость. У 46,7% пациентов концентрация витамина D в сыворотке крови была в пределах нормы, у 46,7% определялся недостаток витамина D, у 6,6% больного – выраженный его дефицит. Выраженность

клинических проявлений атопического дерматита по индексу SCORAD не зависела от выраженности дефицита или недостаточности витамина D. У пациентов с недостатком/дефицитом витамина D были более частые рецидивы дерматоза (от 3 до 6 и более рецидивов в год), чем у больных с нормальным содержанием витамина D в сыворотке крови (1-2 рецидива в год). Отмечена зависимость продолжительности ремиссии от уровня витамина D.

Выводы. Недостаток/дефицит витамина D оказывает неблагоприятное влияние на течение и прогноз атопического дерматита, способствует повышению частоты рецидивов дерматоза, уменьшению продолжительности ремиссии. Полученные данные подтверждают необходимость коррекции дефицита 25(OH)D у больных атопическим дерматитом.

Гаруст Ю.В.

ОСОБЕННОСТИ КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

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

Цель: изучить особенности коморбидной патологии у пациентов с хроническими дерматозами в зависимости от нозологии на примере анализа 100 клинических наблюдений.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 100 историй болезни больных хроническими дерматозами, находившихся на стационарном лечении в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере г. Донецка в период с 2018 по 2019 г. Выборка осуществлялась методом направленного отбора. Объектом исследования стали больные хроническими дерматозами в возрасте от 16 до 74 лет включительно. Средний возраст пациентов составил 42 года.

Результаты. Сопутствующая патология была у 82 (82%) пациентов. Одно заболевание встречалось у 22 (26,8%) пациентов, два – у 36 (43,9%), три – у 18 (22%), четыре – у 4 (4,9%), пять – у 2 (2,4%). Среди коморбидных состояний лидировали заболевания сердечно-сосудистой системы – у 85 (85%) больных, из них у 45 из 55 больных псориазом (82% случаев), у 28 из 36 больных экземой (78 % случаев), у 2 из 9 больных атопическим дерматитом (22,2% случаев). Заболевания нервной системы выявлялись у 52 (52%) из 100 больных, из них у больных псориазом в 69,1% случаев (у 38 из 55), у больных экземой в 33,3% случаев (у 12 из 36), у больных АД в

22,2% случаев (у 2 из 9). Заболевания желудочно-кишечного тракта выявлялись у 42 (42%) из 100, из них у больных псориазом в 47,3% случаев (у 26 из 55), у больных экземой в 36,1% (у 13 из 36), у больных АД в 33,3% (у 3 из 9). Заболевания эндокринной системы были у 44 (44%) больных из 100, из них при псориазе в 58,2% случаев (у 32 из 55), при экземе в 30,6% (у 11 из 36), при АД в 11,1% случаев (у 1 из 9). Заболевания моче-выделительной системы диагностированы у 16 (16%) больных из 100, из них при псориазе в 16,4% случаев (у 9 из 55), при экземе в 16,7% (у 6 из 36), при АД в 11,1 % случаев (у 1 из 9).

Выводы. Важную роль в формировании хронических дерматозов играют факторы наследственности, заболевания внутренних органов, а также экзогенные факторы. Высокая частота коморбидности, в частности, частое выявление у пациентов сопутствующей сердечно-сосудистой патологии, значительно отягощает течение дерматозов, снижает ответ на терапию. Таким образом, больные хроническими дерматозами требуют комплексного подхода и динамического наблюдения дерматологами и врачами смежных специальностей с целью ранней диагностики заболеваний и коморбидной патологии и своевременной терапии, что значительно повысит уровень качества жизни пациентов и их трудоспособность.

Горбенко Ал.С

ПОРАЖЕНИЕ ЛИЦА ПРИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАХ

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

Цель – изучить особенности поражения кожи лица при различных аллергодерматозах (АлД).

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 164 больных АлД в возрасте от 16 до 79 лет, в т.ч. 56,1% мужчин и 43,9% женщин. Проводили общеклинические исследования, определяли степень выраженности дерматозов по дерматологическим индексам: SCORAD, BSA.

Результаты. При анализе нозологических форм отмечено, что в наших наблюдениях преобладали больные атопическим дерматитом (АД) – 37,8% и экземой – 31,1%. Больных с аллергическим контактным дерматитом (АлКД) было 18,3%, крапивницей – 12,8%. Поражение лица было у 56,1%, при этом у 93,5% больных АД, у 57,1% больных крапивницей и у 56,7% больных АлКД. При анализе поражений кожи лица

и распространенности АлД установлено, что индекс BSA более 10% был у 83,9% больных АД, у 63,5% больных крапивницей, у 66,9% больных экземой и ни у одного из больных АлКД. При оценке по шкале SCORAD установлено, что выраженная степень тяжести (более 40 баллов) была у 17,1% больных АД, чаще у женщин, чем у мужчин (20,8% и 14,1% больных соответственно). Средняя степень тяжести (20-40 баллов) выявлено у 67,7% больных, в большей степени при экземе и АД – 25,6% и 20,7% больных соответственно.

Выводы. Поражения кожи лица часто встречаются у больных АлД, особенно при АД, АлКД и крапивнице, независимо от распространенности дерматоза и тяжести проявлений, что может влиять на психоэмоциональное состояние больного и необходимо учитывать в выборе тактике лечения.

Дубовая А.В., Науменко Ю.В.

ДЕФИЦИТ ВИТАМИНА Д В ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМАХ КОЖИ У ДЕТЕЙ С ЭССЕНЦИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

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

Витамин D через систему ренин-ангиотензин-альдостерона оказывает влияние на уровень артериального давления (АД). Вместе с тем, описано участие витамина D в регуляции иммунного ответа, поддержании целостности эпидермального барьера.

Цель: установить роль дефицита витамина D в эстетических проблемах кожи у детей с эссенциальной артериальной гипертензией (АГ).

Материалы и методы. Под нашим наблюдением находились 30 детей (24 мальчика и 6 девочек) в возрасте от 13 до 17 лет с эссенциальной АГ, имевших дефицит 25(ОН)D в сыворотке крови (11-20 нг/мл). Контрольную группу составили 30 здоровых сверстников (20 мальчиков и 10 девочек).

Результаты. У детей с эссенциальной АГ исходное содержание в сыворотке крови 25(ОН)D колебалось в широком диапазоне: от 5,81 до 28,01 нг/мл, средний уровень составил $17,07 \pm 3,34$ нг/мл. Дефицит витамина D наблюдался у 17 (56,6%) подростков с эссенциальной АГ, что было статистически значимо чаще в сравнении со здоровыми сверстниками

(11 детей, $36,6 \pm 2,6\%$, $p < 0,05$). У 11 (64,7%) детей, имевших дефицит витамина D, отмечались изменения кожных покровов: сухость и зуд (на щеках, лбу) – у 8 (47,0%) пациентов, акне – у 4 (23,5%) детей, снижение тургора кожи – у 3 (17,6%) больных, гиперпигментация – у 2 (11,7%) пациентов. Дополнение стандартного лечения подростков с эссенциальной АГ, страдающих дефицитом 25(ОН)D, водным раствором витамина D3 в течение 3 месяцев способствовало нормализации уровня АД у 80,0% пациентов, восстановлению нормального уровня 25(ОН)D у 90,0% подростков, регрессу кожной клинической симптоматики у 88,2% детей. Акне сохранялось у 2 (6,7%) детей.

Выводы. Эстетические проблемы кожи выявлены у 64,7% детей, имевших эссенциальную АГ и дефицит витамина D. Дополнение стандартного лечения водным раствором витамина D3 в течение 3 месяцев привело к нормализации уровня АД у 80,0% пациентов, восстановлению нормального уровня 25(ОН)D у 90,0% подростков, регрессу кожной клинической симптоматики у 88,2% детей.

Калиниченко О.В.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА ПРИ НЕЙРОФИБРОМАТОЗЕ. ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

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

Цель - изучить особенности поражений кожи лица и лечебной тактики при нейрофиброматозе.

Материалы и методы. Проведен анализ статей, размещенных на интернет-порталах eLIBRARY. ru, gmj. ru и gh-lens.ru за последние десять лет. Отобраны пять статей.

Результаты. В отобранных статьях описаны клинические случаи поражений кожи лица у семи пациентов: мужчин 3 в возрасте 29-49 лет и 4 женщин в возрасте 25-37 лет. Клинические проявления на коже были в виде единичных плексиформных образований, нейрофиброматозных узлов, множественных нейрофибром, пигментированных нейрофибром. При анализе топографических зон отмечено, что поражения всего лица были в 1 случае, височной и лобной области - в 1 случае, шеи - 1 случае, периорбитальной и височной области - в 3 случаях, околоушной области, головы и шеи - в 1 случае. Все пациенты были обследованы с целью исключения системных поражений. У 57% пациентов выявлена не-

врологическая симптоматика: затруднения носового дыхания, ухудшение зрения, кожная симптоматика (выраженная боль по дорсальной поверхности левого предплечья с иррадиацией ко второму и третьему пальцу). Диагноз нейрофиброматоз был поставлен в соответствии с критериями ВОЗ (1992г.), подтвержден гистологически. Проводили хирургическое лечение с использованием реконструктивных пластических технологий. Результаты хирургических вмешательств оценивали через 6-12 месяцев. Функциональные и косметические результаты в 3 случаях были оценены как хорошие, в 4 случаях как удовлетворительные.

Выводы. При нейрофиброматозе поражения кожи лица могут быть изолированными без системных и неврологических проявлений, поэтому особенно важно выявить данную патологию, провести тщательную диагностику, предпринять совместное наблюдение несколькими специалистами и медико-генетическое консультирование пар при планировании семьи.

Киосев Н.В.

ПАТОФИЗИОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПОВЫШЕНИЯ АДАПТАЦИОННЫХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ БУДУЩЕГО ВРАЧА – СПЕЦИАЛИСТА

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

Студенческому периоду присущ высокий риск манифестации и развития психических заболеваний. Деадаптационные нарушения оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, приводят к снижению эффективности образовательной деятельности, повышают риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде.

Цель: Установить основные составляющие психофункциональной характеристики у молодежи.

Материал и методы: При наличии информированного согласия, с соблюдением норм биоэтики и деонтологии обследовано 479 студентов младших курсов медицинского факультета медицинского вуза, а именно: 335 (69,9%) девушек и 144 (30,1%) юноши в возрасте от 17 до 21 года. Методы исследования: социально-демографический, психодиагностический, статистический. Психодиагностический метод реализован при помощи теста «Самочувствие, Активность и Настроение» («САН», В. О. Доскин и соавт., 1973) для дифференцированной самооценки функционального состояния.

Результаты. По результатам исследования для всех изучаемых показателей «САН» обнаружено высокое значение стандартного отклонения и высокий разрыв $\min - \max$ от 1,00 до 7,00. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков психофункциональных характеристик обследованных. Установлено статистически значимое ($p < 0,01$) превышение конструктора настроения (5,95) над значениями самочувствия (5,50) и активности (4,20). Величина медианы настроения студентов $Me = 5,95$ превышает верхнюю границу оптимального диапазона, что свидетельствует об их психоэмоциональном возбуждении, которое может приводить к хроническому переутомлению и развитию психологического дистресса.

Выводы. Психоэмоциональное состояние студентов младших курсов университета характеризуется полиморфностью, из них 50% респондентов находятся в зоне риска формирования нарушений адаптации. Полученные данные легли в основу комплексной системы психопревенции нарушений адаптации у студенческой молодежи.

Кольчик А.Ю., Качанова Е.В.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ГОМЕОПАТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ АНДРОГЕНЕТИЧЕСКОЙ АЛОПЕЦИИ

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

Цель: Оценить эффективность гомеопатических препаратов, содержащих экстракт карликовой пальмы, в лечении больных андрогенетической алопецией.

Материалы и методы: Под наблюдением было 10 больных андрогенетической алопецией: мужчин - 3, женщин - 7 в возрасте от 20 до 32 лет. Использовали сыворотку двойного действия AL/PG Murgis, содержащую экстракт карликовой пальмы, которую втирали в кожу волосистой части головы 2 раза в день в течение 6 месяцев. Одновременно с сывороткой использовали шампунь-концентрат от выпадения волос Murgis, содержащий экстракт карликовой пальмы. Степень тяжести андрогенетической алопецией определяли по шкале Норвуда-Гамильтона (у мужчин) и Людвига (у женщин), проводили трихоскопию с помощью трихоскопа MicroCAMERA MC-2015 до начала терапии, через 1 месяц и через 3 месяца использования топических препаратов. Оценивали следующие параметры: количество волосяных фолликулов, процент дистрофичных волос, количество одиночных и двойных волосяных фолликулов, пустых волосяных фолликулов, количество волосяных фолликулов с избытком кожного секрета в одном поле зрения; выраженность эритемы (в баллах).

Результаты: При оценке степени выраженности андрогенетической алопеции установлено, что у всех обследуемых мужчин была III степень тяжести по шкале Норвуда-Гамильтона, у 2 женщин – I сте-

пень тяжести по шкале Людвига, у 5 – II степень тяжести. По результатам трихоскопии в среднем количество волос в 1 поле зрения во фронтальной области было 100, в височной – 70, в затылочной – 150. Процент дистрофичных волос в 1 поле зрения во фронтальной области – 45%, в височной – 50%, в затылочной – 15%. Переносимость лечения у всех пациентов была удовлетворительной. Через 1 месяц применения гомеопатических препаратов, содержащих экстракт карликовой пальмы, отмечено появление новых отрастающих волос, снижение процента дистрофичных волос, снижение количества волосяных фолликулов с избытком кожного секрета у всех 10 наблюдаемых пациентов. После проведенной терапии количество волос в 1 поле зрения возросло во фронтальной области до 125 волос, в височной – 80, в затылочной – 155. Процент дистрофичных волос в 1 поле зрения во фронтальной области – 30%, в височной – 40%, в затылочной – 10%. Наиболее отчетливо улучшения были замечены через 3-6 месяцев. Через 6 месяцев наблюдения у 8 пациентов был активный рост волос, у 2-х рост волос был недостаточный. Ни у одного не было отрицательной динамики.

Выводы: Гомеопатические препараты, содержащие экстракт карликовой пальмы, являются эффективным способом топического воздействия и могут быть использованы для повышения эффективности лечения андрогенетической алопеции как у мужчин, так и у женщин.

Коханевич А.И.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ОГРАНИЧЕННОЙ СКЛЕРОДЕРМИИ (ПО РЕЗУЛЬТАТАМ АНАЛИЗА 80 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ)

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

Цель: Изучить особенности клинических проявлений у 80 больных ограниченной склеродермией (ОСД).

Материалы и методы. Проведен анализ историй болезней 80 больных ОСД, в т.ч. 72 женщин и 8 мужчин в возрасте от 4 до 73 лет, получавших лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР в течение 2016—2019 гг. При ведении больных использованы унифицированные клинические протоколы МЗ ДНР и Федеральные клинические рекомендации РФ.

Результаты. Большую часть выборки составили больные старше 51 года — 42 (70%). Достоверных различий в регистрации ОСД у больных других возрастных групп не выявлено: в возрасте 0-10 лет было 7 (11,6%) больных, 11-20 лет – 4 (6,6%), 21-30 лет – 10 (16,6%), 31-40 лет – 7 (11,6%), 41-50 лет – 8 (13,3%). При анализе клинических форм ОСД отмечено, что, более половины случаев составила бляшечная форма — 58 (72,5%), второе место занимал склероатрофический лишай Цумбуша — у 15 (18,75%) больных, несколько меньше было больных с линейной формой – 4 (5%), идиопатической атрофодермией Пазини — Пьерини — 1 (1,25%), гемиатрофией лица Ромберга — 1 (1,25%). Буллезная форма зарегистрирована у 1 (1,25%) больного. Практически одинаково часто регистрировались пациенты с единичными очагами – 43 (53,75%) больных и распространенными – 37 (46,25%) больных. При анализе локализации очагов

поражения выявлено, что поражение лица было у 4 (5%) больных, волосистой части головы – у 2 (2,5%), значительно чаще локализация высыпаний наблюдалась в области туловища – у 47 (58,75%), почти у четверти на конечностях — у 23 (28,75%), на гениталиях – у 11 (13,75%) больных. Системность поражения не была выявлена не у одного пациента. Сопутствующая патология выявлена у 47 (58,75%) пациентов: у 25 (31,25%) больных ОСД развивалась на фоне эндокринной патологии, чаще при заболеваниях щитовидной железы – у 20 (25%), реже на фоне сахарного диабета – у 5 (6,25%). Миоматозные узлы матки диагностированы у 8 (10% случаев), фиброзно-кистозная мастопатия – у 2 (2,5%). Практически каждый второй пациент имел заболевания воспалительного генеза: хронический гастродуоденит – 9 (11,5%) больных, хронический холецистит – 11 (13,75%), хронический пиелонефрит – 1 (1,25%), хронический бронхит – 2 (2,5%), энтероколит – 1 (1,25%), хронический панкреатит – 8 (10%), гепатит – 4 (5%), хронический тонзиллит – 1 (1,25%), хронический аднексит – 1 (1,25%), вульвит и уретрит – 4 (5%). У 3 пациентов диагностирован рак: молочной железы, тела матки, поджелудочной железы. Из 47 женщин у 11 (23%) дебют заболевания отмечался в постменопаузальный период.

Выводы. Поражение кожи лица наблюдали при всех формах ОСД, но чаще при линейной форме, бляшечной и гемиатрофии лица Ромберга.

Кравец Д.Г.

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПЛОСКИХ КСАНТОМ НА ЛИЦЕ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

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

Цель исследования: Изучить особенности клиники, диагностики и лечения плоских ксантом на лице.

Материалы и методы: Проведен анализ научных публикаций, представленных на 2-х интернет-порталах: pubmed.gov, elibrary.ru. Изучено 45 публикаций, в том числе 29 отечественных и 16 зарубежных, за последние 10 лет и отобрано 5 научно-практических статей с описанием клинических случаев проявления плоских ксантом на коже лица.

Результаты: В отобранных публикациях описано 97 человек с плоскими ксантомами на лице, из которых 75 (77%) женщины и 22 (23%) мужчины в возрасте от 26 до 69 лет. У всех больных высыпания локализовались в параорбитальной области. 64 (66%) пациента имели ксантомы только на верхнем веке, 5 (5%) – только на нижнем, 28 (29%) – на обоих веках. У 84 (87%) человек наблюдалось билатеральная локализация ксантоматозных высыпаний. По данным эпидемиологических исследований наиболее распространенным типом ксантом человека (> 95%) является ксантома век или ксантелазма, которая встречается у 1,1 % женщин и 0,3 % мужчин в возрасте от 15 до 73 лет, пик заболеваемости в 30-50 лет. Клинически плоские ксантомы представляют собой небольшие, хорошо отграниченные, уплощенные папулы или бляшки желтого цвета округлой, овальной или неправильной формы, мягкой или плотноватой консистенции. Их диаметр варьировал от 1 до 3 см. Среднее значение общего холестерина и липопротеидов низкой плотности было выше нормального диапазона. 25 (26%) пациентам был выполнен химический пилинг трихлоруксусной кислотой. Только 14 (56%) из 25 достигли полного излечения. Наблюдались

следующие побочные эффекты: гипопигментация, гиперпигментация и изъязвление. В течение 6 месяцев после лечения было отмечено 8 (32%) рецидивов. У 35 (36%) пациентов ксантомы были удалены с помощью ультраимпульсного углекислотного лазера. Во всех случаях удалось достичь полного излечения. Наблюдаемые побочные эффекты включали в себя эритему, поствоспалительную гиперпигментацию, гипопигментацию. У 6 (17%) пациентов развились рецидивы в течение 9-месячного периода наблюдения. 1 (1%) пациенту провели успешное удаление ксантом с применением лазерного аппарата на парах меди. Из осложнений после проведенной процедуры наблюдался только лишь кратковременный отек. Отсроченное наблюдение не проводилось. 24 (25%) пациента получили внутриочагово инъекции блеомицина в различных концентрациях. Полный клиренс был достигнут в 19 (79%) случаях. Из осложнений наблюдались кратковременный отек, пигментация в месте инъекции. Также рецидивов не отмечалось у всех пациентов в течение полугода после лечения. 12 (11%) больным было выполнено внутриочаговое введение пингиамицина. 11 (92%) получили удовлетворительные результаты. Только 1 (8%) пациент имел рецидив через 1 год после лечения.

Выводы: Плоские ксантомы на коже лица могут сопровождаться нарушением обмена липидов, для выяснения истинной природы которого требуется проведение углубленного клинического, инструментального и лабораторного обследования больного. Существующие методы лечения не исключают возможности рецидива заболевания и в настоящее время золотой стандарт удаления плоских ксантом на коже лица еще не определен.

Краснощёких А.А.

ВОЗМОЖНОСТИ ДЕРМАТОСКОПИИ В ОЦЕНКЕ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ ЭРИТЕМЫ ЛИЦА

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

Цель: выявить особенности сосудистых дерматоскопических признаков при эритеме лица различного генеза.

Материалы и методы. Обследованы 6 женщин со стойкой эритемой лица в возрасте от 25 до 45 лет, в т.ч. 3 – с розацеа, эритематозно-телеангиэктатической формой (РЭТФ) и 3 – с хронической красной волчанкой (КВ): 1- с центробежной эритемой Биетта (ЦЭБ), 2 – с дискоидной КВ. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа DermLite DL4 (3Gen Inc., USA). Характер и выраженность сосудистых дерматоскопических признаков оценивали в баллах, где 0 – признак отсутствовал, 1 балл – слабо выражен, 2 балла – умеренно выражен, 3 балла – резко выражен.

Результаты. У всех больных эритема локализовалась преимущественно в центральной части лица, на ее поверхности определялись различной степени выраженности телеангиэктазии. У всех пациентов с РЭТФ на фоне разлитой эритемы выявлены простые (линейные) капиллярные

телеангиэктазии, звездчатые (паукообразные) их типы, с радиально расходящимся множеством расширенных капилляров. Выраженность дерматоскопического сосудистого признака у больных РЭТФ колебалась от 0,9 до 2,9 баллов и в среднем составила $1,8 \pm 0,16$ балла. У больной ЦЭБ клиническая картина была подобна РЭТФ, дерматоскопический сосудистый признак составил 2,7 балла. У больных дискоидной КВ в пределах эритемы был очаг рубцовой атрофии, фолликулярный гиперкератоз. Сосудистый дерматоскопический признак был 1,1 баллов и 2,8 баллов, в среднем – $2,5 \pm 0,15$ баллов. Обращало внимание, что в очаге рубцовой атрофии, на фоне белого алебастрового цвета, отмечены короткие, дилатированные сосудистые петли и арки.

Выводы. Дерматоскопия является неинвазивным методом исследования, позволяющим в динамике определять изменения основных патологических признаков, что может быть использовано с целью оптимизации лечебно-диагностической тактики.

Кузнецова В.Г.

СОВРЕМЕННЫЕ ВОЗМОЖНОСТИ ЛАБОРАТОНОЙ ДИАГНОСТИКИ ГИПЕРАНДРОГЕННЫХ ДЕРМАТОПАТИЙ

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

Цель – представить лабораторные маркеры для диагностики гиперандрогенных дерматопатий.

Материал и методы исследования. Проведен анализ справочных пособий и European guidelines за последние 3 года, посвященные лабораторной диагностике гиперандрогений различного генеза.

Результаты. С целью определения генеза гиперандрогении при дерматологической патологии необходимо исследовать лабораторные маркеры репродуктивной панели и гормоны гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы с последующим сопоставлением с нозологией поражения кожи. Вариантом выбора является определение андростендиона (маркер андрогенного статуса); глобулина, связывающего половые гормоны-ГСПГ (маркер гиперинсулинизма и андрогенного статуса), дигидротестостерона (маркер андрогенного статуса и

активности 5-альфа редуктазы), тестостерона общего, свободного – в крови, тестостерона в слюне (андрогенный статус), дегидроэпиандростерона-сульфата -ДГЭА (андрогенобразующая активность коры надпочечников), кортизол в крови, в моче, в слюне (уровень активности системы гипоталамус-гипофиз-надпочечники). В ряде случаев необходимо определять фолликулостимулирующий гормон (ФСГ), эстрадиол, эстрон, лютеинизирующий гормон (ЛГ), 17-оксипрогестерон, адренотропный гормон (АКТГ). Учитывая большой спектр лабораторных маркеров, целесообразно взаимодействие дерматологов, гинекологов, эндокринологов и врачей-лаборантов для оптимального выбора объема исследований.

Выводы. Установление генеза гиперандрогении при поражениях кожи требует развития междисциплинарных взаимодействий в интересах больного.

Лесниченко Д.А.

ИНТЕНСИВНОСТЬ ПОРАЖЕНИЯ КОЖНЫХ ПОКРОВОВ И УРОВЕНЬ СЕКРЕТОРНОГО IgA ПРИ АТОПИЧЕСКОМ ДЕРМАТИТЕ

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

Цель: исследование связи интенсивности поражения кожных покровов с уровнем секреторного IgA в ротовой жидкости у лиц с атопическим дерматитом.

Материалы и методы. Обследовано 124 пациента с атопическим дерматитом (АД), на предмет наличия связи между тяжестью течения заболевания по шкале SCORAD и уровнем sIgA в ротовой жидкости. Легкое течение АД расценивалось при величине показателя от 0 до 20 баллов, среднетяжелое течение - от 21 до 40 баллов, тяжелое течение - более 40 баллов. Определение содержания секреторного IgA (sIgA) в ротовой жидкости проводилось с помощью разработанных сотрудниками кафедры клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО тест-систем

для иммуноферментного анализа. Сила связи рассчитывалась с помощью критерия Кендалла с использованием программы «MedStat».

Результаты. Проведенный анализ показал, что большинство обследованных лиц имеет легкое и средне-тяжелое течение атопического дерматита. Выявлена достоверная ($p < 0,05$) обратная связь уровня секреторных иммуноглобулинов класса А с показателями индекса SCORAD, выраженными в баллах.

Выводы. Полученные данные об обратной корреляции индекса SCORAD с концентрацией sIgA свидетельствуют о важной патогенетической роли уровня этого секреторного иммуноглобулина в развитии повреждений кожи и степени тяжести атопического дерматита.

Мехова Г. А., Проценко О.И.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ДЕВУШЕК О ВЛИЯНИИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ НА ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ЗДОРОВЬЯ

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

Цель – оценить осведомленность девушек о значимости влияния поведенческих паттернов на состояние кожи и другие проявления эстетического здоровья.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов закрытого анкетирования 408 студенток ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО в возрасте от 16 до 25 лет с помощью анонимных анкет, содержащих 46 вопросов, посвященных образу жизни (курение, алкоголь, спорт, гаджеты, питание), субъективной оценке своего здоровья (наличие эстетических проблем на коже, нарушений менструального цикла, хронические заболевания и др.), субъективному отношению к своему здоровью (осведомленность о влиянии на него алкоголя, курения, образа жизни, значимость профилактических осмотров и т.п.).

Результаты. Показано, что 71,4% девушек имели эстетические проблемы кожи в виде угревой сыпи, повышенной жирности кожи, явлений постакне. При этом лишь 35% студенток обращались за помощью к дерматологу или косметологу, остальные предпочитали справляться с проблемой самостоятельно. При анализе поведенческих паттернов отмечено, что 14,2% девушек ку-

рили, 67,2% употребляли алкоголь, хотя и эпизодически, при этом 22,1% из них считали, что курение не оказывает влияние на детородную функцию, а 89,7% - что алкоголь не влияет на репродуктивное здоровье. 76% анкетированных девушек не имели желания заниматься спортом, но при этом 85,3% девушек большую часть свободного времени проводили в социальных сетях; 33,7% «ни на минуту» не расставались с гаджетами и 20,8% - испытывали чувство тревоги вне сети. Особого внимания заслуживал факт, что 12,5% студенток имели заболевания репродуктивных органов, 34,8% студенток отмечали нарушения менструального цикла, но лишь 28,9% девушек осознавали значимость профилактических осмотров для сохранения здоровья.

Выводы. Установлены особенности аутодеструктивных поведенческих реакций у юных девушек и показано расхождение между желанием девушек быть красивыми и здоровыми и конкретными действиями, направленными на укрепление здоровья. Выявленные поведенческие паттерны могут быть использованы при планировании и проведении мероприятий превентивной медицины.

Новикова В.О., Калининко О.С., Кравец Д.Г., Передереева Т.С., Поплавская С.Н.

ОЦЕНКА ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ЖЕНЩИН О ВЛИЯНИИ ОБРАЗА ЖИЗНИ НА ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ

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

Цель: изучить осведомленность женщин о значимости особенности поведения на состояние здоровья в целом и эстетические его проявления.

Материалы и методы. Проведен анализ результатов анкетирования 100 женщин в возрасте от 16 до 65 лет по вопросам здорового образа жизни и эстетических аспектов внешности.

Результаты. По результатам проведенного анкетирования установлено, что большая часть опрошенных была в возрасте до 20 лет - 52%. При анализе антропометрических сведений выявлено, что избыточная масса тела была у 12% женщин, недостаточная - у 22%. При этом женщины для предупреждения увеличения веса прибегали к различным диетам, часто несбалансированным, приему биологически активных добавок. 54% анкетированных женщин не видели необходимости следить за своим здоровьем. 83% женщин, осознавая необходимость следить за своим здоровьем, тем не менее не делали этого. Карьера была приоритетом для 76% женщин, саморазвитие - 69%. Такое же количество женщин (69%) жизненным приоритетом считали детей. 71% женщин регулярно посещали гинеколога, 63% женщин не имели нарушений менструального цикла. Большая часть анкетированных женщин (63%) имели эстетические проблемы на коже лица, при этом каждая третья (31%) женщина справлялась с этой ситуацией самостоятельно и лишь 9% - обращались к врачу дерматологу или косметологу, при этом 5%

женщин отмечали, что им ничего не помогает. Каждая четвертая женщина (25% анкетированных) имели проявления акне, каждая пятая (19%) - жирную кожу. При этом обследовались 79% женщин, но лишь 33% женщин знали о своих хронических заболеваниях. Анализ поведенческих реакций показал, что каждая четвертая женщина курила (24%), при этом 11% женщин выкуривали более половины пачки сигарет в день, но лишь 55% женщин были осведомлены об отрицательном влиянии курения на репродуктивное здоровье. 75% анкетированных женщин ответили положительно на вопрос об употреблении спиртного, при этом 63% женщин отметили, что не знали об отрицательном влиянии алкоголя на детородную функцию. У каждой третьей женщины (30%) не хватало времени на регулярное посещение спортивных секций, каждая четвертая (25%) не имела на это финансовой возможности. Особого внимания заслуживал факт низкой осведомленности женщин о путях передачи сифилиса и ВИЧ. Так, лишь 44% женщин знали пути передачи сифилиса и 55% женщин не знали, что ВИЧ может передаваться половым путем.

Выводы. Результаты проведенного анкетирования показали недостаточное внимание женщин к сохранению своего здоровья, в том числе к эстетической части его составляющей. Выявленные данные могут быть использованы при подготовке программы здорового образа жизни и особенностей её реализации в различных возрастных группах женщин.

Передереева Т.С.

ОСОБЕННОСТИ ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА ПРИ МАСТОЦИТОЗЕ И ЛЕЧЕБНАЯ ТАКТИКА

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

Цель: Изучить особенности клинических проявлений и лечебной тактики при мастоцитозе с поражением кожи лица.

Материал и методы. Проведен анализ публикаций, представленных на двух интернет-порталах (elibrary.ru и pubmed.ncbi.nlm.nih.gov) за последние 5 лет. Изучено 29 публикаций, из них отобрано 5 научно-практических статей с описанием клинических случаев проявления мастоцитоза на коже лица.

Результаты. При анализе 5 клинических случаев проявления мастоцитоза на коже лица, мальчиков было 3 в возрасте от 2х месяцев до 2,5 лет, одна женщина 48 лет и один мужчина 30 лет. Узловая форма мастоцитоза представлена у пациента 2,5 лет в виде высыпаний, локализованных на коже лица, волосистой части головы, туловище, бедрах и представлены множественными папулами от 0,3 до 0,5 см в диаметре, узлами до 2,0 см на видимо неизменной коже, от розового до желто-коричневого цвета. У пациента 30 лет высыпания локализовались преимущественно на коже щёк, были представлены пятнами до 1,5 см в диаметре, коричневого цвета, неправильно-овальной формы, с четкими границами, с множественными телеангиэктазиями на поверхности. При ксантелазмоидной форме у мальчика 2х месяцев высыпания локализовались на коже лица, волосистой части головы, туловища, конечностях и были представлены гиперпигментированными пятнами и коричневатыми узловатыми элементами с инфильтрированным плотным основанием от 1 до 6 см в диаметре с

неровной поверхностью, напоминающую апельсиновую корку. На поверхности некоторых пятен и узловатых элементов определялись сгруппированные везикулы до 0,7 см в диаметре с серозным содержимым и вялой крышкой. У мальчика 11-ти месяцев (начиная с шестимесячного возраста) и у пациентки 48 лет (неоднократно, на некоторые препараты, цитрусовые, корицу) наряду с высыпаниями мастоцитоза на коже лица проявлялся флешинг-синдромом - внезапное кратковременное покраснение кожи в результате высвобождения гистамина в ткани и кровь из-за дегрануляции мастоцитов. У 11-месячного мальчика была поражена кожа туловища в виде гиперпигментированных пятнисто-папулезных элементов. Выявлялся положительный симптом Дарье-Унны в четырех случаях из пяти (патогномоничный для кожного мастоцитоза, проявляющийся локализованной крапивницей после действия физических раздражителей). В случае с пациентом 30 лет особое внимание отводилось профессиональным триггерным факторам - в данном случае (кузнец, высыпания только на щеках). При всех пяти клинических случаях пациенты были обследованы общеклинически, биопсия проведена во всех случаях, кроме ребенка 2,5 года (отказ родителей). Ребенок 2х месяцев также был обследован на внутриутробные инфекции, проведена проба Ядассона для исключения дерматита Дюринга. Всем пациентам было проведено лечение антагонистами рецепторов гистамина, вазоактивными препаратами, местно - топическими кортикостероидами

ми. В случае с ребенком 2,5 лет по решению врачебной комиссии была назначена мазь Такролимус (учитывая отсутствие эффекта от получаемой ранее наружной терапии топическими кортикостероидами). Ребенку 2х месяцев был назначен только Кетотифен внутрь. У всех пациентов отмечался положительный клинический эффект. У пациентов в возрасте от 2х месяцев до 2,5 лет ожидался хороший прогноз для выздоровления: по статистике примерно у половины

детей полное разрешение очагов и симптомов происходит в подростковом возрасте, у остальных наблюдается выраженное снижение симптомов кожных очагов. Однако у 10% детей развивается системное поражение.

Выводы. Проявление мастоцитоза на коже лица диктует необходимость более тщательного обследования пациентов для исключения системности поражения и подбор соответствующей тактики лечения.

Поплавская С. Н.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ДЕРМАТОМИОЗИТЕ: ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЙ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

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

Цель: Изучить особенности поражений кожи лица и лечебной тактики при дерматомиозите.

Материалы и методы. Проведен анализ 50 научных статей, размещенных на интернет порталах elibrary.ru, gmj.ru и gh-lens.ru за последние десять лет. Были отобраны 13 статей.

Результаты. В отобранных статьях описаны клинические случаи поражений кожи лица у 18 пациентов: 12 женщин в возрасте 6-68 лет и 6 мужчин в возрасте 26-62 лет. При анализе топографических зон поражения установлено, что диффузная гиперемия лица была в 1 случае, периорбитальный отек с гиперемией - в 15 случаях, поражение кожи лба - в 1 случае, поражение кожи в об-

ласти носа, ушей, головы, щек - в 1 случае, поражение височной области - в 1 случае. Диагноз дерматомиозита был поставлен на основании клинической картины, лабораторных исследований, биопсии, проведения электромиографии, и определения уровня креатинфосфокиназы. У всех пациентов наблюдалось поражение поперечно-полосатой и гладкой мускулатуры с нарушением двигательной функции, а также арталгии и субфебрильная температура на разных этапах заболевания.

Выводы. При всех случаях периорбитального отека и гиперемии в области лица должен быть заподозрен диагноз дерматомиозита и проведена соответствующая диагностическая программа.

Попова О.В.

ГЕМИАТРОФИЯ ЛИЦА РОМБЕРГА: ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ И ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКИ

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

Цель: Изучить особенности проявлений и тактики лечения при гемиатрофии лица Ромберга.

Материалы и методы: Проведён анализ статей размещённых на порталах pubmed.gov, dermatology.ru, elibrary.ru. Изучено 28 статей за последние 10 лет и отобрано 5 статей с описанием клинических случаев проявлений прогрессирующей гемиатрофии лица Ромберга. Отобрано 9 больных в возрастной категории от 4 до 33 лет (м-1;ж-8), которым проводилось стандартное дерматологическое и неврологическое обследование, дополнительные методы обследования (МРТ, электроэнцефалография).

Результаты: Прогрессирующая гемиатрофия лица в 7 случаях локализовалась справа и в 2-х случаях слева. А анализируя данные начальной локализации гемифациальной атрофии, мы получили следующие результаты: область глаза и верхней скулы - 7 человек, область щеки и нижней скулы - 1 человек, область лба - 1 человек. Средний дебют: у 7 больных заболевание начиналось во 2-м десятилетии и лишь у двух больных был отмечен более ранний (4 года) и более поздний (25 лет) дебют.

При проведении неврологического обследования у 5 больных констатирована очаговая неврологическая симптоматика в виде сухожильной анизорефлексии, патологических стопных знаков, нарушения координационных проб. МРТ выявило: у 2-х человек очаги субкортикального глиоза, у 2-х человек атрофические процессы в правой половине головного мозга, у 1 человека кавернома глубоких отделов правого полушария головного мозга.

При проведении электроэнцефалографии в 5 случаях была выявлена очаговая эпилептическая активность в гомолатеральном полушарии.

Всем пациентам была назначена терапия комбинированными препаратами из разных групп (вазоактивные, антигипоксанты, метаболические, нейропротекторы, ноотропы, антихолинэстеразные и протеолитические препараты), улучшающими неврологический статус и восстанавливающими микроциркуляцию. Так же использовались физиотерапевтические методы лечения, такие как: оксигенобаротерапия (по 2 курса в год), электро- и фонофорез с вазоактивными препаратами (3-4 курса в год), лечебный массаж (3-4 курса в год).

У всех больных в течение проводимой терапии и после ее окончания, констатировали положительную динамику в очагах поражения кожи (уменьшение уплотнений, восстановление тургора тканей, увеличение объема движений мимической мускулатуры, восстановление роста волос, улучшение внешнего вида пациента, уменьшение косметического дефекта).

Выводы: Целесообразно комплексное обследование больных, которое включает осмотр дерматолога, невролога, а так же использование дополнительных инструментальных и лабораторных методов.

Гемиатрофия лица требует назначения неспецифической комплексной непрерывной терапии, включающей вазоактивные, антигипоксанты, метаболические, нейропротекторы, ноотропы, антихолинэстеразные и протеолитические препараты.

Прилуцкая О.А.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ И СЛИЗИСТЫХ ПРИ АУТОИММУННОМ ПОЛИЭНДОКРИННОМ СИНДРОМЕ 1 ТИПА

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

Аутоиммунный полиэндокринный синдром 1 типа (АПС-1), называемый еще APESCED (autoimmune polyendocrinopathy, candidiasis, ectodermal-dystrophy) или MEDAC (multiple endocrine deficiency autoimmune candidiasis), или синдром Витакара, характеризуется наличием хронического слизисто-кожного кандидоза, хронического аутоиммунного гипопаратиреоза и аутоиммунной надпочечниковой недостаточности (болезни Аддисона). В основе АПС 1 типа лежит дефект аутоиммунно-регуляторного гена, который локализуется в 21 хромосоме (21q22.3). Этот ген кодирует белок AIRE.

Цель. Описать кожные поражения при аутоиммунном полиэндокринном синдроме 1 типа у ребенка 7 лет.

Материалы и методы. Нами был обследован ребенок В., 7 лет. Наблюдение осуществлялось в течение 12 месяцев и включало регулярные клинические осмотры с проведением общих анализов крови, мочи, биохимических исследований. Кроме того, определялись показатели иммунного статуса, уровни специфических антител и клеточных реакций на антигены *Candida albicans*. Исследовались уровни антител к антигенам 21-гидроксилазы, ТПО, тиреоглобулина,

уровень кортизола, тиреотропного гормона, свободного Т3, Т4, и др.

Результаты. При осмотре и обследовании установлено, что наличие рецидивирующих поражений слизистой ротовой полости, онихомикоз обусловлены *Candida albicans*. Определялись повышенные уровни антител к данному возбудителю, сниженная клеточная реактивность к его антигенам. Клинические проявления недостаточности надпочечников и выявление диагностических уровней антител к 21-гидроксилазе позволили установить диагноз аутоиммунного полиэндокринного синдрома 1 типа.

Выводы. Рецидивирующие и мультифокальные проявления инфекции *Candida albicans* при наличии симптомов недостаточности надпочечников (слабость, пигментация кожи и др.) являются клиническими симптомами, позволяющими заподозрить классический, аутосомно - рецессивный АПС-1 типа. Вышеуказанные симптомы, с подтверждением специфической для данного аутоиммунного полиэндокринного синдрома инфекции в комплексе с выявлением антител к ткани надпочечников или 21-гидроксилазы, мутаций в области гена AIRE являются данными, подтверждающими заподозренное заболевание.

Прилуцкий А.С. Миминошвили В.Р.

КОНТАКТНЫЙ ДЕРМАТИТ РУК КАК СЛЕДСТВИЕ ПРИМЕНЕНИЯ МНОГОКРАТНОЙ ГИГИЕНИЧЕСКОЙ ОБРАБОТКИ И АНТИСЕПТИКОВ ПРИ ПРОФИЛАКТИКЕ COVID-19

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

На сегодняшний день актуальной проблемой всего мирового сообщества является пандемия COVID-19. Основными путями передачи SARS-CoV-2 являются воздушно-капельный и контактный. В связи с этим важной мерой профилактики в предупреждении распространения вируса является гигиена и дезинфекция рук. Установлено, что вирус SARS-CoV-2 имеет низкую устойчивость к 75% этиловому спирту и др. В связи с этим для профилактики заражения SARS-CoV-2 при дезинфекции рук используются спиртовые растворы.

Цель. Определить примерное количество гигиенических обработок рук и дезинфекционных процедур у медицинского работника в течение смены. На примере конкретных наблюдений описать проблемы, возникающие при этом и пути предупреждения возникновения контактного дерматита.

Материалы и методы. Исходя из требований ВОЗ, приказов МЗ РФ и методических рекомендаций к гигиенической обработке рук и дезинфекции их при проведении профилактических мер, проводимых в целях ограничения (прекращения) контактного пути передачи SARS-CoV-2 рассчитано примерное количество данных процедур у медицинских работников за смену. На примере 3 случаев контактного дерматита разработаны конкретные меры предупреждения возникновения (или обо-

стрения) данного заболевания.

Результаты. Гигиенические процедуры и дезинфекция рук должны проводиться во многих случаях: надевания и снятия средств индивидуальной изоляции; перед непосредственным контактом с пациентом и после него; контакта с выделениями пациента; перед и после выполнения различных медицинских манипуляций и пр. По нашим примерным подсчетам врачи амбулаторий и стационаров обязаны проводить обработку рук и дезинфекцию более 40 раз за рабочую смену. Вместе с тем такая неоднократная гигиеническая обработка рук и использование дезинфицирующих растворов может приводить к повреждению гидролипидного барьера кожи и обуславливать возникновение или обострение кожных заболеваний, повышению риска вторичного инфицирования и пр. При этом, длительное использование перчаток может усугублять эти процессы, приводя к чрезмерному увлажнению рогового слоя, вызывая мацерации и эрозии. Кроме того, химические соединения латексных перчаток могут индуцировать контактный дерматит. Нами зафиксированы случаи возникновения и обострения контактного дерматита у медицинских работников на фоне неоднократной гигиенической обработки и дезинфекции рук, в том числе раствором «Стерилиума». Данные пациенты предъявляли жалобы на зуд, сухость, шелушение, покраснение кожи и др.

С целью предупреждения проявлений контактного дерматита необходима ранняя диагностика его начальных проявлений. В ряде случаев обнаружена избыточная гигиеническая обработка рук, совмещаемая с дезинфекцией их.

Выводы. Учитывая вышеописанное необходимо внимательно подходить к гиги-

ене и обеззараживанию рук, в каждом конкретном случае определяя необходимость гигиенической обработки и дезинфекции (не всегда необходимо параллельное мытье рук, возможна только дезинфекция), тщательно наблюдая за состоянием кожных покровов и применяя профилактически кремы и другие средства (согласно типа кожи).

Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е.

РИСК РАЗВИТИЯ АЛЛЕРГИЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ НА РАЗЛИЧНЫЕ СОРТА ЯБЛОКА

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

Цель: оценить риск развития аллергических реакций на различные сорта яблок на основании изучения частоты специфической IgE-сенсibilизации к антигенам данных сортов.

Материалы и методы. Исследованы сыворотки крови 146 детей, предъявляющих жалобы на развитие различных аллергических реакций алиментарного генеза, преимущественно аллергодерматозов. Определены уровни специфических IgE-антител к комплексам аллергенов 8-ми различных сортов яблок. Выполнен расчет и сравнение частот специфической сенсibilизации к различным сортам яблок с использованием методов непараметрической статистики в лицензионной программе «MedStat» (г. Донецк).

Результаты. Множественные сравнения частот сенсibilизации к 8-ми раз-

личным сортам яблок с использованием критерия χ^2 показали наличие статистически значимых различий на уровне значимости $p < 0,001$. Проведение процедуры Мараскуило-Ляха-Гурьянова выявило, что частота сенсibilизации к антигенам сортов Антоновка и Симиренко достоверно ниже, чем к антигенам сортов Чемпион, Лиголь и Айдаред ($p < 0,05$), а к антигенам яблока Снежный кальвиль достоверно ниже, чем к антигенам сортов Чемпион и Айдаред ($p < 0,05$).

Выводы. На основании оценки полученных данных, сорта яблок Антоновка, Симиренко и Снежный Кальвиль можно отнести к сортам с низким риском развития аллергических реакций, а сорта Чемпион, Лиголь и Айдаред – к сортам яблок с высоким риском развития аллергических реакций.

Проценко О.А.¹, Проценко Т.В.¹, Волошин Р.Н.², Лукьянченко Е.Н.¹

ОСОБЕННОСТИ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА, ПРАКТИКУЮЩЕГО В МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

¹ Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

² Ростовский государственный медицинский университет, РФ

Формы последипломного образования в медицинской косметологии достаточно разнообразны и включают пассивные способы получения информации, дидактические методы, презентации, work-shops, индивидуальные и групповые занятия, вебинары и мн.др.

Цель – оценить потребность врачей-специалистов, практикующих в медицинской косметологии в различных формах профессиональной подготовки.

Материал и методы исследования. Проведен анализ результатов анкетирования 246 врачей, проходивших обучение по медицинской косметологии на кафедре дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М.ГОРЬКОГО за период 2009-2019 гг.

Результаты. При анализе кратности и продолжительности обучения выявлено, что 52% врачей считают целесообразным прохождение обучающих курсов каждые полгода; 27,7% - 1 раз в год, 13% - 1 раз в 3 месяца и лишь 7,3% - 1 раз в 5 лет. При этом 4-х недельные курсы повышения квалификации считают для себя нецелесообразными 95,1% анкетированных врачей. Большая часть из них (67,9%) отдавала предпочтение 1 недельным курсам, 27,2% - 2-х недельным. Преимущественное количество врачей (86,2%) отмечали как полезную и информативную форму получения информации – вебинары.

Выводы. Установленные особенности могут быть использованы для оптимизации учебного процесса по медицинской косметологии.

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ И ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ РАЗЛИЧНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ В РОСТОВСКОЙ ОБЛАСТИ

¹ Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР,

² Ростовский государственный медицинский университет, РФ

³ Государственное бюджетное учреждение Ростовской области «Онкологический диспансер» в г. Новочеркасске, РФ

Рак кожи в общей структуре злокачественных заболеваний Ростовской области занимает первое место. Базальноклеточный рак кожи составляет значительную часть среди других злокачественных новообразований кожи. У 75- 90% больных базальноклеточная форма рака кожи располагается в области головы и шеи.

Цель: Определить характер заболеваемости и лечения больных с различными клиническими формами базальноклеточного рака кожи в Ростовской области.

Материалы и методы. Нами изучены результаты диагностики и лечения 3872 пациентов различных форм и локализаций базальноклеточного рака кожи в Новочеркасском онкологическом диспансере и 8 районах Ростовской области за период 2010 – 2019 гг. Возраст больных составил от 32 до 91 года, в основном старше 60 лет – 2913 (75,3 %). Мужчин было 2136 (55,2 %), женщин – 1736 (44,8 %). T1N0M0 (I стадия) была у 2645 пациентов (68,3 %); T2N0M0 (II стадия) – 837 (21,6%); T3N0M0 (III стадия) – 389 (10,1 %). У одного пациента имел место опухолевый процесс T4N0M0 (IV стадия) в виде инфильтративной формы в области волосистой части головы с поражением костей черепа и прорастанием в левый слуховой проход у пациента 87 лет. Он был направлен на консультацию в Ростовский Областной онкологический диспансер, где ему проводили хирургическое лечение и паллиативную фотодинамическую тера-

пию. Узелковая (классическая) форма была у 1290 больных (33,3 %); поверхностная – 915 (23,6 %); узловая (экзофитная) – 771 (20 %); пигментная – 387 (10 %); инфильтративная – 312 (8,1 %); склерозирующая – 197 (5,0%). В зависимости от локализации большинство опухолевых очагов располагалось в области головы и шеи – 3275 (84,5 %); туловища – 412 (10,6 %); конечностей – 185 (4,9 %). Основным методом лечения для пациентов с T1N0M0 (I стадии) была лучевая терапия (близкофокусная) и криодеструкция. При T2N0M0 и T2N0M0 (II-III стадиях) в зависимости от локализации и морфологической формы применяли хирургическое и комбинированное лечение. У пациентов пожилого и старческого возраста, страдающих сопутствующими заболеваниями (И.Б.С., гипертоническая болезнь, сахарный диабет, эпилепсия) методом выбора являлся криогенный, т.к. лечение проводилось во всех случаях амбулаторно под местной анестезией.

Результаты. У всех пациентов с T1N0M0 – T2N0M0 (I-II стадии) был достигнут непосредственный клинический эффект вне зависимости от выбора метода лечения. При T3N0M0 (III стадии) в 47 случаях: 36 – после хирургического лечения; 7 – после комбинированного; 4 – после криогенного имел место неполный лечебный эффект. Данной группе больных было проведено повторное хирургическое и криогенное вмешательство до получения полного

клинического эффекта. При 5-летнем сроке наблюдения у пациентов с T1N0M0 (I стадией) рецидивы были отмечены в 2 % случаев; с T2N0M0 (II стадией) в 6 %; с T2N0M0 (III стадией) в 14 %. Летальный исход имел место у 26 пациентов, причиной которого явились сопутствующие заболевания.

Выводы. Для пациентов с I стадией основными методами лечения является лучевой и криогенный. При II и III – хирургический и комбинированный. Для больных старших возрастных групп с сопутствующими заболеваниями методом выбора является криогенный, в амбулаторном режиме.

Седаков И.Е., Калиновский Д.К., Логунов П.В.

СЛУЧАЙ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЛИЦА

*Республиканский онкологический центр имени профессора Г.В. Бондаря
Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики,
Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»*

Хирургическое лечение меланомы кожи лица сопряжено с рядом ограничений и сложностей, в первую очередь связанных с правилами удаления данной опухоли: значительный отступ от видимого края опухоли, а также дефицитностью кожных покровов в данной зоне и наличием множества мелких структур и субъединиц, при повреждении опухолью которых, восстановление их не представляется возможным. В связи с этим диагностика меланомы кожи лица на ранней стадии позволяет проводить хирургическое лечение в полном объеме с приемлемым эстетическим результатом.

Цель: представить случай ранней диагностики, лечения и клинического наблюдения меланомы кожи лица.

Материалы и методы: для диагностики первичной опухоли использовался осмотр кожных покровов, сбор анамнеза, дерматоскопия, проводилась эксцизионная биопсия с последующим гистологическим исследованием.

Результаты. Представлен случай ранней диагностики и хирургического лечения меланомы кожи кончика носа у мужчины 66 лет, с пластической реконструкцией местными тканями, диагностированную на стадии T1aN0M0 при помощи дерматоскопии. Больной поступил с жалобами на наличие новообразования в виде «темного пятна» на коже в области кончика носа и правого крыла носа, которое в течении 1 года значительно увеличилось в размере. При визуальном осмотре патологический процесс носил

ограниченный характер, локализовался на коже кончика и правого крыла носа, где был представлен в виде пигментированного коричнево-черного пятна размером около 0,6 x 0,7 см округлой формы, с нечеткими границами и незначительной асимметрией по одной из осей. При проведении дерматоскопии с использованием 2Step алгоритма: образование пигментированное, асимметричное, местами в поле зрения: атипичная пигментная сеть, псевдоподии по периферии, негативная (инвертная) пигментная сеть (в режиме поляризации), местами сине-белые бесструктурные области, присутствуют зоны регрессии. При дообследовании в предоперационном периоде с применением методов объективного контроля, физикальных и лабораторных исследований (КТ, МРТ, УЗИ, общеклинические, биохимические показатели крови) данных о наличии диссеминации опухолевого процесса и регионарного метастазирования не обнаружено. Таким образом, был установлен диагноз: меланома кончика носа T1N0M0. Коллективом авторов было принято решение о проведении резекции опухоли с отступом 1 см от видимого края опухоли, с закрытием образовавшегося послеоперационного дефекта путем реконструкции кончика и правого крыла носа местными тканями правой носо-щечной складки, которое было проведено спустя 6 дней от первичного обращения пациента в РОЦ имени профессора Г.В. Бондаря МЗ ДНР. Послеоперационный период протекал без осложнений и на 9-ые

сутки было произведено удаление швов. Гистологическое исследование: тонкая пигментная меланома, эпителиоидный вариант, микростадия по Clark – II, глубина инвазии по Breslow - 0,5 мм, контроль края: удалена в пределах здоровых тканей.

Выводы. Своевременная диагностика меланомы кожи лица на ранней стадии, позволяет проводить хирургическое лечение в полном объеме, с приемлемым эстетическим результатом и минимальным изменением качества жизни.

Степанова М.Г., Мехова Л.С., Мехова Г.А., Проценко О.И.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЦЕНКИ УСТОЙЧИВОСТИ КОЖИ К ЭПИГЕНЕТИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ

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

Цель работы. Изучить влияния эпигенетических факторов на резистентность кожи.

Материалы и методы. Резистентность кожи оценивали по цитогенетическому статусу буккального эпителия (БЭ) у 146 человек в возрасте 17-25 лет, разделенных на три группы – здоровые лица (42 человека), больные акне (52 пациента), больные акне с лактазной недостаточностью (ЛН) (52 пациента). Микроядерный тест проводили по общепринятой методике, руководствуясь рекомендациями В. Н. Калаева (2016) и М. С. Нечаевой (2016).

Результаты. При анализе полученных результатов в группах сравнения установлено, что клетки с цитологическими нарушениями чаще встречались у больных акне, как без ЛН, так и с ЛН, причем во всех группах у женщин буккальные эпителиоциты были подвержены наибольшему изменению ($p < 0,05$). Среди всех aberrаций чаще встречались клетки с микроядрами. У больных акне с ЛН женщин таких aberrаций было $12,65 \pm 0,85$ усл. ед., у мужчин – $9,42 \pm 0,81$ усл.; у больных акне женщин без ЛН – $8,12 \pm 0,34$ усл. ед., у мужчин – $5,35 \pm 0,30$ усл. ед.; у здоровых женщин – $2,57 \pm 0,31$ усл. ед., у мужчин – $2,38 \pm 0,20$ усл. ед. Среди ранних деструкций ядра отмечены протрузии типа «разбитое яйцо» и протрузии типа «язык», которые у больных акне женщин и мужчин без ЛН составили $3,12 \pm 0,36$ усл. ед. и $2,69 \pm 0,31$ усл. ед. соответственно; у больных акне женщин и

мужчин с ЛН – $4,28 \pm 0,35$ усл. ед. и $1,27 \pm 0,35$ усл. ед. соответственно ($p < 0,05$). Среди поздних деструкций ядра, достоверные различия были отмечены только у мужчин больных акне с ЛН, так, насечек ядра было достоверно больше ($p < 0,05$) и составило $4,00 \pm 0,57$ усл. ед. против $1,19 \pm 0,27$ усл. ед. аналогичных показателей здоровых мужчин, кариорексис составил $4,12 \pm 0,55$ усл. ед. против $0,24 \pm 0,11$ усл. ед. соответственно. При анализе частоты встречаемости аномальных клеток БЭ у здоровых женщин и мужчин aberrантные клетки отмечены в пределах $7,81 \pm 0,55$ усл. ед. и $5,71 \pm 0,51$ усл. ед. соответственно, тогда как у больных акне без ЛН – $17,12 \pm 0,97$ усл. ед. и $14,04 \pm 0,70$ усл. ед. соответственно. Количество aberrаций у больных акне более, чем в 2 раза превышало такие показатели здоровых лиц ($p < 0,001$). Двухядерные клетки у женщин больных акне без ЛН составляли $4,46 \pm 0,61$ усл. ед., у больных акне с ЛН – $5,08 \pm 0,77$ усл. ед. соответственно. Аналогичные показатели у здоровых мужчин и больных акне без ЛН были выше – $1,81 \pm 0,20$ усл. ед. и $3,12 \pm 0,36$ усл. ед. соответственно, а у больных акне с ЛН – $2,42 \pm 0,61$ усл. ед.

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о влиянии пола, ЛН, воспалительного процесса и метаболических нарушений на частоту встречаемости aberrантных клеток БЭ и представляют интерес для контроля и коррекции цитогенетического статуса больных.

Тахташов И.Р.

ПОРАЖЕНИЕ КОЖИ ЛИЦА ПРИ ЗАРАЗНЫХ ФОРМАХ СИФИЛИСА

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

Сифилис продолжает оставаться актуальной проблемой не только в венерологии, но и в эстетической дерматологии, так как в настоящее время отмечается увеличение частоты экстрагенитальных сифилитических поражений, в том числе с локализацией на лице и других эстетически значимых участках тела.

Цель: изучить особенности поражения кожи лица при ранних формах сифилиса.

Материалы и методы. Проведен анализ форм 065/у и форм 065/о больных первичным и вторичным свежим сифилисом по данным архива Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД), до 2015 г. - Областного клинического дермато-венерологического диспансера за период с 2001 по 2019 г.г.

Результаты и обсуждение. У 8 (11,3%) пациентов отмечена локализация твердого шанкра на коже лица. У 3 (37,5%) твердый шанкр представлял собой эрозию округлой формы, с четкими ровными краями гладким блестящим дном розоватого или красного цвета с блюдцеобразным углублением в основании. У 5 (62,5%) пациентов, вследствие сопутствующей патологии, нерационального лечения до обращения в РКДВД или присоединения вторичной инфекции, определялся язвенный твердый шанкр округлой или линейной формы, с более глубоким дном, покрытым грануляциями

с серозно-гнойным отделяемым с плотным инфильтратом в основании. Диагноз подтверждался обнаружением бледной трепонемы в очаге у 6 (75,0%) пациентов и положительными серологическими реакциями у 2 (25,0%). По диагнозам пациенты распределились следующим образом: сифилис первичный серопозитивный – у 3 (37,5%); сифилис 2 свежий – у 5 (62,5%) пациентов. Мужчин было – 2 (25,0%), женщин – 6 (75,0%). По возрасту: до 20 лет – 2 (25,0%); от 21 года до 25 лет – 3 (37,5%); от 26 до 30 лет – 2 (25,0%); старше 31 года – 1 (12,5%) пациент. Все пациенты получили полноценное лечение согласно существующим нормативным документам. Эрозивный твердый шанкр регрессировал на 7-9 сутки лечения, язвенный – на 12-14 сутки терапии. Эрозивный твердый шанкр регрессировал бесследно, на месте язвенного после полного рассасывания оставался рубец с очагом гипер- или гипопигментации. После окончания лечения пациенты находились на клинико-серологическом контроле от 1 года до 3 лет. Негативация серологических реакций наступила у всех пациентов в сроке от 6 до 12 месяцев.

Выводы. Поражения лица при ранних формах сифилиса выявлены у 11,3% пациентов. В связи с этим все пациенты с эрозивными и эрозивно-язвенными высыпаниями на коже лица должны быть обследованы на сифилитическую инфекцию.

В первом полугодии 2020 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 №3-Н от 10.12.2019 г.) и внутривузовских научно-практических конференций были проведены 3 междисциплинарные научно-практические конференции по актуальным разделам клинической медицины на стыке специальностей и один симпозиум.

15 января 2020 г. на конференции «Актуальные вопросы коморбидности в дерматологии», проведенной в актовом зале Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера (РКДВД) МЗ ДНР присутствовало 76 врачей, в том числе врачи дерматовенерологи, терапевты, семейные врачи, инфекционисты, офтальмологи, педиатры, невропатологи и др. из 6 городов ДНР (гг. Донецк, Макеевка, Горловка, Снежное, Шахтерск, Харцызск). Были заслушаны и обсуждены доклады: проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Коморбидность в дерматологии – новые клинические тренды или качественная дерматологическая практика?», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Возможности первичного дерматологического приема при выявлении коморбидности»; доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н. А. «Висцеральные вовлечения при врожденных сосудистых аномалиях развития»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К. Э., доц. Котлубей Г.В. «Поражения глаз при некоторой соматической и дерматологической патологии»; проф. Домашенко О.Н. (кафедра инфекционных болезней) «Поражения кожи при некоторых системных инфекционных заболеваниях (иерсиниоз, энтеровирусная инфекция, гепатиты)»; проф. Прилуцкого А.С., асс. Ткаченко К.Е. (кафедра клинической иммунологии, аллергологии и эндокринологии) «Эффективность индивидуально-подобранных диет у пациентов с атопическим

дерматитом»; доц. Потапова А.А. (кафедра гигиены и экологии) «Вегетарианская диета: мифы и реальность»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения больных атопическим дерматитом на фоне лактозной непереносимости»; орд. Абрамовой В.А. «Сосудистые мальформации и гемангиомы раннего детского возраста: дифференциальные отличия»; от коллектива кафедр анатомии, патологической физиологии, организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии и медицинского колледжа: проф. Киосева Е.В., доц. Пацкань И.И., асс. Киосев Н.В., доц. Бешуля О.А. «Формирование клинически значимого комплайенса при ведении сложных пациентов»; Небесной Л.В. (Центр лабораторной медицины Био-лайн) «Современные возможности лабораторной диагностики аутоиммунных заболеваний»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Себорейный кератоз и соматическая патология (по результатам осмотра больных соматических и дерматологических отделений)»; Качановой Е.В. (МЦ «Эйфория») «Возможности гомеопатических воздействий в реабилитации дерматологических пациентов»; асп. Гаруст Ю.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Анализ соматической патологии у дерматологических больных среднего и пожилого возраста (по результатам наблюдений больных дерматологических отделений РКДВД)».



12 февраля 2020 г. конференция по теме **«Вирус-ассоциированные заболевания в дерматологии и гендерные особенности лечебной тактики»** состоялась в РКДВД МЗ ДНР, присутствовало 65 врачей, в том числе врачи дерматовенерологи, терапевты, инфекционисты, офтальмологи, педиатры и семейные врачи из 5 городов ДНР. Были заслушаны доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Персистирующие вирусные инфекции: влияние на иммунные процессы в коже, развитие аллергических, воспалительных и аутоиммунных дерматозов», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Опыт организации обучения практическим навыкам в ординатуре» и «Поражения кожи, обусловленные герпес-вирусной инфекцией 8 типа», доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии) «Влияние персистирующих вирусных инфекций на формирование соматической патологии у детей»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Поражения глаз при острой и хронической вирусной инфекции»; проф. Домашенко О. Н. (кафедра инфекционных болезней) «В каких случаях при клинико-лабораторном обследовании дермато-

лог должен заподозрить хронические вирусные гепатиты и алгоритм последующей тактики»; проф. Дубовой А.В. (кафедра педиатрии) «Современные возможности повышения адаптационных механизмов при хронической персистирующей вирусной инфекции у соматических и дерматологических больных»; доц. Кривущева Б.И. (кафедра педиатрии) «Рациональное питание как фактор повышения иммунологической реактивности и неспецифической резистентности»; доц. Потапова А.А. (кафедра гигиены и экологии) «Рациональное питание: современные интерпретации»; доц. Тарадина Г.Г., доц. Христуленко А.Л. (кафедра терапии им. проф. А.И. Дядька ФИПО) «Системная красная волчанка: современные особенности диагностики и лечения»; доц. Христуленко А.Л. (кафедра терапии им. проф. А.И. Дядька ФИПО) «Повышение квалификации по специальности «Терапия» в системе непрерывного медицинского образования: первый опыт»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Роль ВПЧ инфекции в развитие себорейного кератоза»; Небесной Л.В. (Центр лабораторной медицины Био-лайн) «Алгоритм лабораторной диагностики при острых и хронических вирусных инфекциях».



11 марта 2020 г. была проведена конференция по теме **«Генодерматозы: актуальные вопросы междисциплинарного взаимодействия»**. На конференции присутствовало 62 врача из 6 городов ДНР. Были заслушаны и обсуждены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Факоматозы: актуальные вопросы междисциплинарного взаимодействия», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Семейная доброкачественная пузырчатка Хейли-Хейли», доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии) «Нейрофиброматоз у детей»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Поражения глаз при ксантоматозе» и «Поражения глаз при нейрофиброматозе»; доц. Кривущева Б.И. (кафедра педиатрии) «Рациональное питание как фактор повышения иммунологической реактивности и неспецифической резистентности»; проф. Дубовой А.В., Науменко Ю.В. (кафедра педиатрии)

«Оценка содержания витамина Д у детей с генетически детерминированной патологией и пути коррекции»; Небесной Л.В. (Центр лабораторной медицины Биолайн) «Диагностика генетически детерминированной патологии»; проф. Евтушенко С.К. (кафедра детской и общей неврологии ФИПО) «Болезнь Прингла — Бурневилля: дерматологические и неврологические проявления»; проф. Чепурной М.Г. (кафедра детской хирургии и ортопедии РостГМУ г. Ростов – на Дону, РФ) «Вопросы междисциплинарного взаимодействия в ведение гемангиом раннего детского возраста»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Генетически детерминированные ладонно-подошвенные кератодермии» и «Повышение квалификации по специальности «Дерматовенерология» в системе непрерывного медицинского образования»; доц. Христуленко А.Л. (кафедра терапии им. проф. А.И. Дядыка ФИПО) «Опыт интерактивных форм преподавания при проведении обучения в ординатуре».

29 апреля 2020 г. в дистанционном режиме состоялся IV междисциплинарный Anti-age симпозиум с международным участием «*Интегральный подход к коррекции возрастных изменений лица*». Были представлены в электронном доступе на сайте ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М. ГОРЬКОГО 31 доклад в виде презентаций ведущих специалистов из Российской Федерации, Донецкой и Луганской Народных Республик и 26 стендовых докладов, опубликованных в виде тезисов в этом номере журнала. Программа презентаций включала следующие доклады: проф. Проценко Т.В., проф. Проценко О.А., Темкин В.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности формирования компетентного подхода и знаний-умений у специалистов, эстетической медицины»; проф. Долгошапко О.Н., к.мед.н. Золото Е.В. (г. Донецк, ДНР) «Жить в возрасте или вопреки ему: Anti-age или Pro-age стратегии глазами гинеколога-эндокринолога»; проф. Проценко О.А. (г. Донецк, ДНР) «Особенности клинических проявлений ВИЧ/СПИДа в эстетически значимых зонах»; доц. Бычков И.Н., проф. Волошин Р.Н. (г. Ростов-на-Дону, РФ) «Пищевые поведенческие реакции и их роль в активном долголетии человека»; проф. Фисталь Э.Я., проф. Попандопуло А.Г., Меркулов Д.С. (г. Донецк, ДНР) «Стволовые клетки в эстетической медицине: вчера, сегодня, завтра»; доц. Безуглый А.П. (г. Москва, РФ) «Высокочастотные маркеры старения кожи. Мониторинг эффективности инвазивных технологий в косметологии»; проф. Киосева Е.В., доц. Пацкань И.И., доц. Бешуля О.А. (г. Донецк, ДНР) «Формирование sui generis врача, практикующего в области эстетической медицины»; к.мед.н. Милус И.Е., Адриковский Д.А. (г. Донецк, ДНР) «Патологические рубцы лица и возможности лазерной коррекции»; доц. Грицкевич Н.Ю. (г. Донецк, ДНР) «Высота прикуса – основополагающий показатель в anti-age стоматологии», доц. Стуликова Е.Л., доц. Тарадин Г.Г., доц. Здоховская И.И. (г. Донецк, ДНР) «Рациональное питание как фактор anti-age

стратегий»; доц. Смирнова А.Ф., доц. Голубов К.Э., доц. Котлубей Г.В. (г. Донецк, ДНР) «Возможности предупреждения и коррекции возрастных изменений глаз»; проф. Седаков И.Е. (г. Донецк, ДНР), к.мед.н. Светицкий А.П. (г. Новочеркасск, РФ) «Злокачественные опухоли кожи головы: распространенность и ошибки в тактике ведения»; Небесная Л.В. (г. Донецк, ДНР) «Биомаркеры старения. Возможности лабораторной диагностики»; проф. Радионов В.Г., доц. Провизион Л.Н. (г. Луганск, ЛНР) «Патомимии лица»; проф. Жуков М.И., Стевкивская О.В., Жукова В.В. (г. Донецк, ДНР) «Липофилинг в коррекции возрастных деформаций лица»; доц. Провизион А.Н. (г. Донецк, ДНР) «Себорейный кератоз в области лица и волосистой части головы»; доц. Кривущев Б.И., проф. Дубовая А.В. (г. Донецк, ДНР) «Правильное питание и активное долголетие»; доц. Лукьянченко Е.Н. (г. Донецк, ДНР) «Нитевые технологии в этапной и комплексной коррекции возрастных изменений лица»; Качанова Е.В. (г. Донецк, ДНР) «Коррекция возрастных изменений волос»; доц. Потапов А.А. (г. Донецк, ДНР) «Диеты и рациональное питание: современные интерпретации»; проф. Седаков И.Е., Логунов П.В., доц. Калиновский Д.К. (г. Донецк, ДНР) «Случай ранней диагностики и лечения меланомы кожи лица»; проф. Прилуцкий А.С., Ткаченко К.Е. (г. Донецк, ДНР) «Развитие аллергических реакций на различные сорта яблок»; проф. Прилуцкий А.С., Лыгина Ю.А. (г. Донецк, ДНР) «Риск развития аллергических реакций при употреблении лимона»; Билык А.О. (г. Ростов, РФ) «Эстетический неинвазивный лифтинг при помощи кинезиологического тейпирования и лимфодренажного массажа»; проф. Белик И.Е., проф. Романенко К.В., проф. Романенко В.Н. (г. Донецк, ДНР) «Эритемы лица и красная волчанка»; проф. Багрий А.Э., доц. Христуленко А.Л., доц. Тарадин Г.Г. (г. Донецк, ДНР) «Организация циклов повышения квалификации в системе непрерывного медицинского образования на кафедре терапии ФИПО им. А.И.Дядыка».

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 7.1-2003 «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.