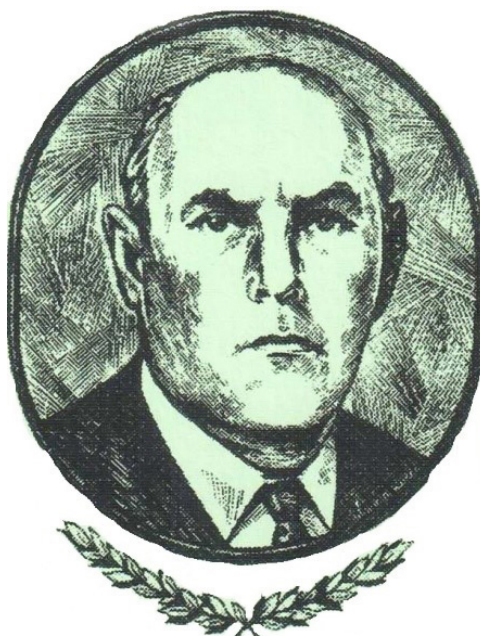


Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет
имени М. Горького»



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

*SCIENTIFIC AND PRACTICAL JOURNAL
OF DERMATOLOGY, VENEREOLOGY, COSMETOLOGY*

«TORSUEV'S READING»

2020 №4 (30)

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, д. 16

Периодичность издания:

4 раза в год

Адрес редакции:

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

Адрес электронной почты:

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)
Радионых 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 №5 от 29.10.2020 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.

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЕ ИЗ ПРАКТИКИ

Черноус В.В., Богослав Ю.П., Татарченко Л.К., Горбенко А.С. Наш опыт комплексного лечения склероатрофического лишая вульвы у женщин перименопаузального возраста 8

В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Небесная Л.В. Некоторые особенности лабораторной диагностики новой коронавирусной инфекции 14
Проценко О.А. Дерматологические маски коронавирусной инфекции 18
Проценко Т.В., Проценко О.А. Кожные проявления постковидного синдрома 21
Шутов М.М., Беседина Е.И. Осмысление борьбы с пандемией Covid 19 в ДНР 23

ПРОБЛЕМЫ МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Проценко О.А., Коньшева Н.В. Эстетические аспекты синдрома гиперандрогении у девочек и девушек-подростков 27

КЛИНИЧЕСКИЕ ЛЕКЦИИ

Проценко Т. В. Принципы и особенности ведения дерматологических больных 34

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Белик И.Е., Романенко К.В., Ермилова Н.В. Оптимизация учебного процесса в условиях дистанционного обучения 38
Белик И.Е., Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В., Иванова И.П., Давлеева М.Д., Гридасова В.Д. Проблемы изучения клинической дисциплины в условиях дистанционного обучения 42
Проценко О. А. Преподавание особенностей медицинского консультирования в связи с ИППП/ВИЧ/СПИД 46

ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ 50

ТЕЗИСЫ КОНФЕРЕНЦИИ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ

Балаян Э.А. Влияние жевательной резинки на организм человека 53
Безуглов А.П. Позднее осложнение после введения филлеров 54
Боряк С.А. Дерматоскопические паттерны у больных с атопическим дерматитом различной степени выраженности 55
Гаруст Ю.В. Спектр коморбидной патологии у больных хроническими дерматозами (на примере анализа 100 клинических наблюдений) 56
Горбенко А.С. Способ коррекции стресс индуцированных расстройств у больных аллергодерматозами 58
Девликанова Е.Э. Особенности поведенческих реакций при поздних акне 59
Киосев Н.В. Особенности формирования рискованных форм поведения у молодежи 60
Кравцова Л.С. Взаимосвязь выраженности мелазмы и индекса качества жизни 61
Краснощеких А.А. Оценка дерматоскопических паттернов при розацеа различной степени выраженности 63
Милус И.Е. Биофизические особенности келоидов и гипертрофических рубцов кожи 64
Новикова А.О. Влияние различных видов фототерапии на качество жизни у больных с псориазом 65

Содержание

Проценко О.И. Поведенческие реакции как фактор риска развития эстетических проблем кожи	66
Сердюк Е.Б. Влияние угревой сыпи на качество жизни женщин	67
Симакова В.В. Трихоскопический анализ при телогеновой алопеции	68
Снитко А.В. Комплексная терапия у больных витилиго методом ПУВА в сочетании с мелагенином и плацентолом	69
Чучина В.А. Дерматологический индекс качества жизни у лиц с акне	70
ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ	
Требования к оформлению статей	71
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления	73

Contents

CLINICAL CASES PRACTICE OBSERVATIONS

Chernous V.V., Bogoslav Yu.P., Tatarchenko L.V., Gorbenko A.S. Our experience of complex treatment of vulval lichen sclerosus in women of perimenopausal age 8

FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

Nebesnaya L.V. Some features of laboratory diagnostics of new coronavirus infection..... 14

Protsenko O.A. Dermatological masks of coronavirus disease..... 18

Protsenko T.V., Protsenko O.A. Skin manifestations of post-COVID-19 syndrome..... 21

Shutov M.M., Besedina E.I. Reflecting the fight against the COVID-19 pandemic in the DPR..... 23

PROBLEMS OF MEDICAL COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

Protsenko O.A., Konyshva N.V. Aesthetic aspects of hyperandrogenic syndrome in girls and adolescent girls 27

CLINICAL LECTURES

Protsenko T.V. Principles and features of management of dermatological patients..... 34

PROBLEMS OF HIGHT SCHOOL'S PEDAGOGY

Byelik I.Y., Romanenko K.V., Ermilova N.V. Optimization of the educational process in the context of distance learning..... 38

Byelik I.Y., Romanenko K.V., Romanenko V.N., Ermilova N.V., Ivanova I.P., Davleeva M.D., Gridasova V.D. Problems of studying clinical discipline in conditions of distance learning 42

Protsenko O. A. Teaching the features of medical consulting of dermatological patients in connection with STI / HIV / AIDS 46

FOLLOWING THE CONFERENCES..... 50

ABSTRACTS OF THE CONFERENCE OF YOUNG SCIENTISTS

Balayan E.A. The effect of chewing gum on the human body..... 53

Bezuglov A.P. Late complication after filler injection 54

Boryak S.A. Dermatoscopic patterns in patients with atopic dermatitis of varying severity 55

Garust Yu.V. The spectrum of comorbid pathology in patients with chronic dermatoses (based on the analysis of 100 clinical observations) 56

Gorbenko A.S. Method for correcting induced disorders in patients with allergic dermatoses 58

Devlikanova E.E. Features of behavioral characteristics in late acne 59

Kiosev N.V. Features of the formation of risky behaviors among young people 60

Kravtsova L.S. Relationship between the severity of melasma and the quality of life index 61

Krasnoshchekikh A.A. Evaluation of dermatoscopic patterns in rosacea of varying severity 63

Milus I.E. Biophysical features of keloids and hypertrophic skin scars..... 64

Novikova A.O. Impact of different types of phototherapy on quality of life in patients with psoriasis 65

Protsenko O.I. Behavioral reactions as a risk factor for the development of aesthetic skin problems 66

Serdyuk E.B. Impact of acne on the quality of life of women 67

Simakova V.V. Trichoscopic analysis of telogen alopecia..... 68

Snitko A.V. Complex therapy in vitiligo patients with PUVA method in combination with melagenin and placental..... 69

Chuchina V.A. Dermatological quality of life index in persons with acne 70

Contents

INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles	71
Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description:	
General requirements and rules compiling	73

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Очередной и последний номер журнала в этом году выходит в продолжающееся время пандемии инфекции, которая оказалась серьезным испытанием как для лечебной практики, так и для образовательного процесса. Дистанционное обучение показало сложности педагогического процесса, но и вскрыло возможности информационных технологий, которые, вероятно, и в последующем займут определенное место в организационно-управленческих и образовательных мероприятиях. Дистанционное обучение показало, как нужно ценить живое общение с преподавателями, коллегами и как его не хватает при обучении на клинических кафедрах. Новая инфекция с не до конца изученным патогенезом и многообразием клинических проявлений,

в том числе с поражением кожи, дебютирующими как до-, в процессе, так и после лечения, лишней раз демонстрируют необходимость взаимодействия специалистов. Именно поэтому в рубрике «В помощь практическому врачу» мы поместили работы, посвященные различным аспектам коронавирусной инфекции.

Знания основ кожной патологии врачами различных клинических специальностей, совершенствование междисциплинарного взаимодействия может способствовать повышению эффективности лечебно-профилактической помощи не только в дерматовенерологии.

Несмотря на разработанные протоколы и стандарты лечения заболеваний, не всегда они обеспечивают ожидаемые результаты, потому что не бывает одинаковых больных. С каждым десятилетием жизни пациенты приобретают те или иные болезни, которые могут изменять классическое течение патологии. Проблема полиморбидности и коморбидности актуальна во всех разделах клинической медицины. Именно поэтому совершенствование врачебного мастерства продолжается всю профессиональную жизнь специалиста. А этому способствуют курсы повышения квалификации, профессиональное общение, информация из профессиональных журналов, конференций, конгрессов и съездов.

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

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



Т.В. Проценко

УДК: 616.517.8:618.16]:616.5-004.1

Черноус В.В., Богослав Ю.П., Татарченко Л.В., Горбенко А.С.

НАШ ОПЫТ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ СКЛЕРОАТРОФИЧЕСКОГО ЛИХЕНА ВУЛЬВЫ У ЖЕНЩИН ПЕРИМЕНОПАУЗАЛЬНОГО ВОЗРАСТА

Научно-исследовательский институт репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького», медицинский центр Ю.П. Богослав «Красота и здоровье», г. Донецк, ДНР

Резюме

Цель. Повышение эффективности лечения склероатрофического лишена вульвы у женщин перименопаузального возраста путем включения в комплекс лечебных мероприятий гормональной терапии и аутоплазмы (по методике плазмолифтинг).

Материал и методы. Было обследовано 95 женщин перименопаузального возраста (65 женщин со склероатрофическим лихеном: 33 – основная группа, 32 – группа сравнения и 30 женщин контрольной группы). Помимо традиционной терапии женщинам основной группы назначали комбинированную гормональную терапию и терапию аутоплазмой (по методике плазмолифтинг).

Результаты. Применение разработанной методики в сочетании с традиционной терапией позволило повысить эффективность лечения склероатрофического лишена вульвы в 1,2 раза, увеличить продолжительность ремиссии до 1 года, уменьшить проявления дискомфорта уrogenитальной сферы в 1,8 раза.

Ключевые слова: склероатрофический лишень вульвы, перименопаузальный период, плазмолифтинг.

Заболевания женских наружных половых органов – актуальная проблема современной гинекологии. Особое место в структуре гинекологической патологии занимают дистрофические заболевания вульвы. Склероатрофический лишень (склеротический лишай) – это хроническое прогрессирующее заболевание кожи, характеризующееся воспалением и дистрофией эпителия вульвы, часто сопровождающееся выраженным зудом, болью, дискомфортом в области наружных половых органов и сексуальной дисфункцией. Локализация патологического процесса обуславливает его негативное влияние на физическое, психическое и сексуальное здоровье пациенток [5, 4, 14, 19].

В структуре дерматологических болезней склероатрофический лишень вместе с очаговой склеродермией занимает около 1%. В последнее время отмечается рост заболеваемости генитальным склероатрофическим лихеном, заболевание приобретает более тяжелое течение [4]. Пик заболеваемости генитальным склероатрофическим лихеном у женщин приходится на перименопаузальный период, или на нейтральный период детства (5–6 лет) [4, 19], то есть в периоды естественного снижения уровня женских половых гормонов.

Этиопатогенез склероатрофического лишена изучен недостаточно. Развитие заболевания связано с наследственной предрасположенностью, нейроэндокринными и

дигормональными расстройствами, нарушениями микроциркуляции, стрессами и хроническими воспалительными заболеваниями [8]. Основную роль в патогенезе заболевания отводят аутоиммунному фактору, что подтверждается высоким уровнем тканеспецифических аутоантител, антигенов II класса системы гистосовместимости, аутоантител к белку экстрацеллюлярного матрикса и к базальной мембране кожи [5, 12, 21]. В биоптатах тканей пациенток обнаруживались В-клетки с преобладанием CD4+ над CD8+ и фасцинположительные дендритные клетки внутри лимфоцитарного агрегата, что отражает наличие специфической местной иммунной реакции на антиген [12]. Аутоиммунная концепция подтверждается и тем, что у пациенток наблюдается более высокая распространенность других аутоиммунных заболеваний.

Теория гипоэстрогении как одного из факторов в развитии склероатрофического лишена основана на том, что заболевание преимущественно выявляется у девочек в препубертатном периоде и женщин в постменопаузе, в возрасте, когда эстрогенная насыщенность тканей снижена [8]. Это подтверждается исследованиями в экспериментальных моделях, представляющих системный склероз, в которых показано, что эстрогены играют роль в защите от фиброза кожи [8, 12]. Триггерными факторами заболевания могут быть переохлаждения, психоэмоциональный стресс, механические повреждения, ионизирующая радиация, вирусные и бактериальные инфекции [2].

Первой линией терапии склероатрофического лишена является применение топических глюкокортикоидов [10]. В качестве терапии второй линии рекомендуются топические ингибиторы кальциневрина. Эффективными и безопасными вспомогательными веществами являются эмолиенты, которые увлажняют кожу и слизистую, препятствуют трансдермальной потере жидкости, уменьшают субклиническое воспаление. Рассматривается возможность применения внутриочагового введения триамцинолона

(1-2 мг). В последние годы также развивается эстетическое направление в гинекологии, методы которой применяются при реабилитации пациенток со склероатрофическим лихеном. Отмечается эффективность введения аутологичной плазмы, обработанной по различным методикам (плазмолифтинг, PRP терапия). Гуморальные и тромбоцитарные факторы, содержащиеся в аутоплазме, активируют репаративные процессы, стимулируют ангиогенез и пролиферацию фибробластов, что способствует восстановлению поврежденных тканей, купированию воспаления, повышению местного иммунитета, улучшению микроциркуляции и метаболизма [2, 9, 17, 22]. В литературе описаны клинические случаи улучшения гистологической картины и показателей индекса женской сексуальной функции (Female Sexual Function Index) после терапии аутоплазмой [13, 15, 16, 20].

Тем не менее, эти методики до сих пор не включены в клинические протоколы и не находят широкого применения в дерматологической практике; довольно низкой остается частота применения менопаузальной терапии, в связи с чем эффективность лечения остается недостаточной, отмечается высокая частота рецидивов.

Целью исследования было повышение эффективности лечения склероатрофического лишена вульвы у женщин перименопаузального возраста путем включения в комплекс лечебных мероприятий менопаузальной гормональной терапии и аутоплазмы (по методике плазмолифтинг).

Материал и методы

Под наблюдением находилось 95 женщин перименопаузального возраста (65 страдающих склероатрофическим лихеном вульвы: 33 женщины составили основную группу, 32 – группу сравнения), 30 здоровых женщин составили контрольную группу. Выделенные группы были сопоставимы по возрасту, продолжительности менопаузы, семейному и социальному статусу. Все обследованные прошли комплексное клини-

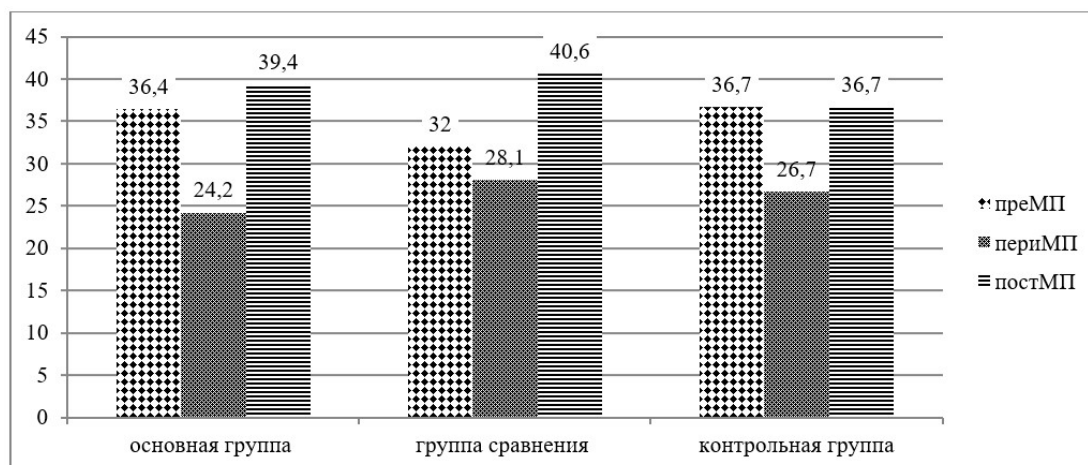


Рисунок 1. Возрастная структура обследованных пациенток, %.

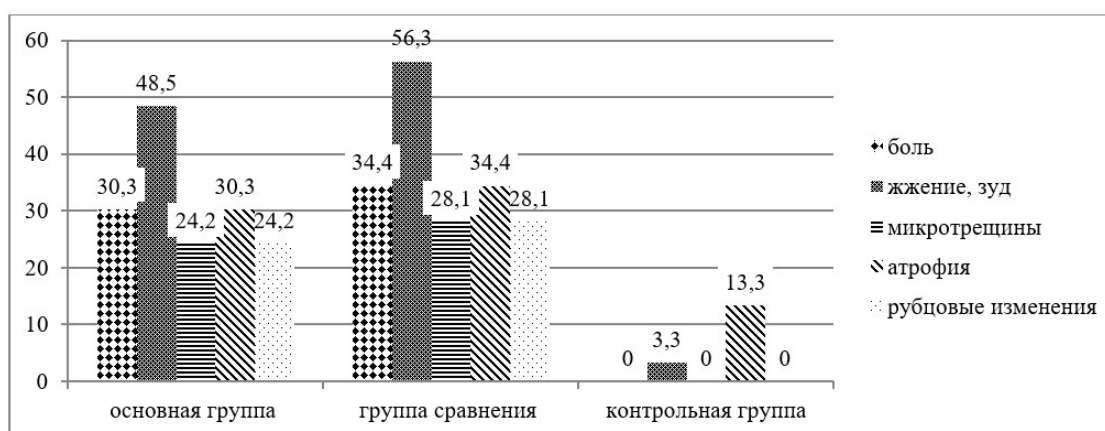


Рисунок 2. Структура клинических проявлений склероатрофического лишена у обследованных женщин, %.

ко-лабораторное исследование, включая бактериоскопическую и ПЦР-диагностику отделяемого урогенитального тракта. Для оценки динамики сексуальной дисфункции у пациенток применяли опросник VSQ (Vulvovaginal Symptoms Questionnaire), разработанный в 2013 г. в США [12]. Этот опросник позволяет оценить наличие изменений со стороны вульвы и влагалища, их влияние на эмоциональную сферу, сексуальную функцию и качество жизни в целом. Изначально он был направлен на изучение здоровья женщин постменопаузального возраста, но впоследствии нашел применение и у больных с заболеваниями вульвы (в том числе репродуктивного возраста) [18].

Все обследованные получали лечение склероатрофического лишена согласно протоколу, которое включало применение топических кортикостероидов (бетаметазон

дипропионат), вазоактивные препараты (пентоксифиллин), витамины (Е, С), топические ингибиторы кальциневрина (пимекролимус), гепатопротекторы (по показаниям) [3, 7].

Женщинам основной группы дополнительно рекомендовали коррекцию гормональных нарушений комбинированным гормональным препаратом, содержащим эстрадиола валерат в дозах 1 – 3 мг и диеногест в дозах 2 – 3 мг, в виде изменяющейся многофазной формулы (Клайра) по 1 таблетке в день без перерывов. Дополнительно к местному лечению применяли терапию аутологичной плазмой [1, 6]. Препарат готовили по методике профессора Р. Р. Ахмерова и Р.В. Зарудия. Использовали специальные пробирки Plasmolifting™ – вакуумные пробирки объемом 9 мл, содержащие натрия гепарин

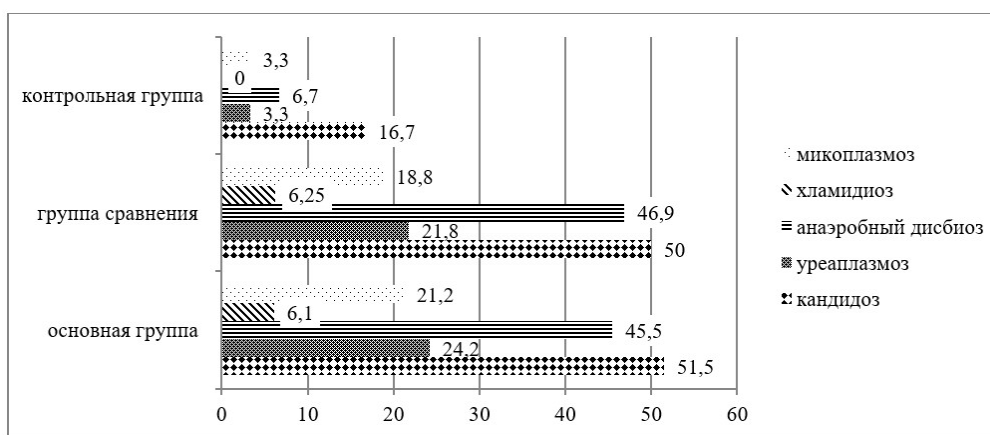


Рисунок 3. Некоторые показатели микробиоценоза влагалища у обследованных женщин, %.

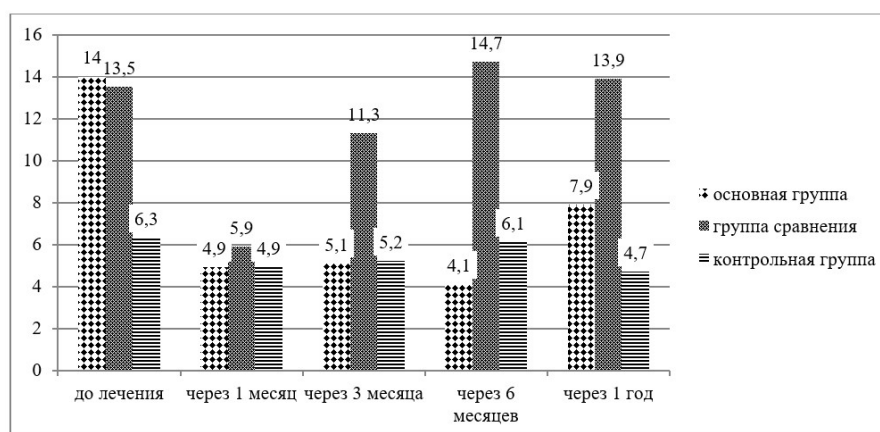


Рисунок 4. Динамика средних показателей урогенитальных нарушений согласно опросника VSQ у обследованных женщин.

и разделительный гель. Для забора венозной крови использовали венозные катетеры 21G (0,8 мм). Пробирку центрифугировали при скорости вращения 3200 оборотов в течение 5 минут. Шприцем 5 мл забирали супернатант – аутоплазму, находящуюся над разделительным гелем. Препарат использовали немедленно. Процедуру проводили 3хкратно с интервалом в 2 недели.

Результаты лечения оценивали после лечения, через 3, 6 месяцев и 1 год. Эффективность лечения оценивали как по результатам объективного исследования, так и с учетом субъективной оценки урогенитальных жалоб пациенткой на основании опросника VSQ (от 0 до 16/20 баллов). Результаты исследований подвергнуты статистической обработке по стандартным программам на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Согласно комплексному клинико-гормональному исследованию, женщины находились в позднем репродуктивном возрасте (преМП), в перименопаузе (периМП), в постменопаузе (постМП) (рис. 1). Продолжительность менопаузального периода составляла от 1 до 5 лет, в среднем $3,8 \pm 1,2$ года в основной группе, $3,7 \pm 1,1$ года – в группе сравнения и $3,9 \pm 1,3$ года – в контрольной группе.

При обращении большинство женщин, страдающих склероатрофическим лихеном, испытывали выраженный дискомфорт в области наружных половых органов. У обследованных пациенток показатели опросника VSQ достоверно отличались от показателей здоровых женщин ($p < 0,05$): в основной группе средний балл опросника составил $14,8 \pm 2,4$ балла, в группе сравнения

– 13,6 ±2,1 баллов, а в контрольной группе – 6,3 ±1,9 балла. Преобладали жалобы на сухость, боль при половом контакте, зуд (рис. 2). При объективном исследовании преобладали явления атрофии, беловатых бляшек с красновато-пурпурными границами в области наружных половых органов. У 24,2% в основной группе и 28,1% женщин в группе сравнения отмечались микротрещины, которые доставляли выраженный дискомфорт пациенткам. У каждой четвертой пациентки выявлялись склеротические изменения в области вульвы.

Микробиологические исследования (рис. 3) позволили выявить достоверное повышение частоты кандидоза, анаэробного дисбиоза влагалища, уреоплазмоза и микоплазмоза у женщин со склероатрофическим лихеном, ($p < 0,05$).

На фоне проводимой терапии отмечалось уменьшение частоты урогенитальных жалоб (рис. 4): в основной группе средний балл опросника снизился с 14,8 ±2,4 балла до 4,9 ±1,6 балла, а в группе сравнения – с

13,6 ±2,1 балла до 5,9 ±2,3 баллов. Через 3 и 6 месяцев в основной группе показатель достоверно не изменился, а в группе сравнения увеличился до 11,3 ±2,3 балла и 14,7 ±2,6 балла соответственно. Через 1 год также выявлялось достоверное отличие среднего балла опросника: 7,9 ±2,3 балла в основной группе и 13,9 ±3,1 балла в группе сравнения ($p < 0,05$).

Количество побочных эффектов в двух группах было сравнимым, однако по структуре они отличались: в основной группе преобладали болезненность молочных желез (30,3 %) и головные боли (9,1%), а в группе сравнения – дизурические расстройства (37,5 %) и прибавка массы тела (6,3 %).

Таким образом, включение в комплекс лечебных мероприятий гормональной терапии и терапии аутоплазмой позволило повысить эффективность лечения склероатрофического лихена вульвы в 1,2 раза, увеличить продолжительность ремиссии до 1 года, уменьшить проявления дискомфорта урогенитальной сферы в 1,8 раза.

Список литературы

1. Ахмеров, Р.Р. Регенеративная медицина на основе аутологичной плазмы. Технология *Plasmolifting* ТМ [Текст]: монография / Р.Р. Ахмеров. – Москва: Литтера, 2014. – 160 с.
2. Восстановление сексуальной функции у пациенток с краурозом вульвы [Текст] / А.Г. Солопова [и др.] // *Акушерство, гинекология и репродукция*. – 2019. – №3(1). – С. 63–69.
3. Дерматовенерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А.С. Дементьев, С.Ю. Кочетков, Е.Ю. Чепанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 432 с.
4. Наш опыт применения технологии «Плазмолифтинг» (*Plasmolifting*ТМ) в комплексном лечении бесплодия у женщин [Текст] / Ю.П. Богослав [и др.] // *Здоровье женщины*. – 2016. – № 9. – С. 152–154.
5. Порошина, Л. А. Склероатрофический лихен вульвы у пациенток с ограниченной склеродермией [Текст] / Л.А. Порошина, Е.И. Рублевская, С.Л. Ачинович // *Проблемы здоровья и экологии*. – 2019. – № 61 (3). – С. 101–107.
6. Применение обогащенной тромбоцитами аутоплазмы в акушерско-гинекологической практике. [Текст] / А.А. Железная [и др.] // *Медико-социальные проблемы семьи*. 2016. – № 21(1). – С. 72–78.
7. Унифицированный клинический протокол медицинской помощи «Ограниченная склеродермия» <http://mzdnr.ru/doc/prikaz-obutverzhdanii-unificirovannyh-klinicheskikh-protokolov-medicinskoj-pomoshchi-0>.
8. A randomized double-blind placebo-controlled trial of autologous platelet-rich plasma intradermal injections for the treatment of vulvar lichen sclerosus [Text] / A.T. Goldstein [et al.] // *J Am Acad Dermatol*. – 2019; p: S0190-9622(19)30066-0.
9. Autologous platelet-rich plasma (PRP) in chronic penile lichen sclerosus: the impact on tissue repair and patient quality of life [Text] / F. Casabona [et al.] // *Int Urol Nephrol*. – 2017. – Vol. 49(4). – P. 573–580.
10. Clinical protocols for the diagnosis and treatment of patients with diseases of the skin and subcutaneous tissue [Electronic resource]. Appendix 3 to the order of the Ministry of Health of the Republic of Belarus 25.02.2008 № 142. [Date of appeal: 2019 June 23]. Available from <http://www.minzdrav.gov.by>.
11. Cutaneous Paraneoplastic Manifestation (Morphea,

- Lichen Sclerosus) – Two Case Reports [Text] / T. Pappovatana [et al.] // *Acta Medica Martiniana*. – 2017. – Vol. 17 (1). – P. 28-32.
12. Dawood, A.S. Current clinical applications of platelet-rich plasma in various gynecological disorders: An appraisal of theory and practice [Text] / A.S. Dawood, H.A. Salem // *Clin Exp Reprod Med*. – 2018. – Vol. 45 (2). – P. 67-74.
 13. Effects of estrogens on extracellular matrix synthesis in cultures of human normal and scleroderma skin fibroblasts [Text] / S. Soldano [et al.] // *Neuroendocrine Immunology in Rheumatic Diseases: Translation from Basics to Clinics*. – 2010. – Vol. 1193 (1). – P. 25-29.
 14. Franic, D. Platelet-rich plasma (PRP) for the treatment of vulvar lichen sclerosis in a premenopausal woman: A case report [Text] / D. Franic, Z. Iternička, M. Franić-Ivanišević // *Case Rep Women's Health*. – 2018. – Vol. 18. – P. 62.
 15. Higgins, C. A population-based case-control study of aetiological factors associated with vulval lichen sclerosis [Text] / C. Higgins, M. Cruickshank // *J Obstet Gynaecol*. – 2017. – Vol. 32. – P. 271-275.
 16. Intradermal injection of autologous platelet-rich plasma for the treatment of vulvar lichen sclerosis [Text] / A.T. Goldstein [et al.] // *J Am Acad Dermatol*. – 2017 – Vol. 76 (1). – P. 158-60.
 17. Kim, S.H. Rejuvenation using platelet-rich plasma and lipofilling for vaginal atrophy and lichen sclerosis [Text] / S.H. Kim, E.S. Park, T.H. Kim // *J Menopausal Med*. – 2017. – Vol. 23(1). – P. 63-68.
 18. Kohn, J. PD54-08 Validation of the VSQ to assess sexual function in women with vulvar lichen sclerosis and lichen planus [Text] / J. Kohn, T. McClatchey, A. Vyas // *J. Urol*. – 2018. – Vol. 199 (4). – P. 1054.
 19. Marfatia, Y. Genital lichen sclerosis et atrophicus in females: An update [Text] / Y. Marfatia, A. Surani, R. Baxi // *Indian J Sex Transm Dis AIDS*. – 2019. – Vol. 40 (1). – P. 6-12.
 20. Regauer, S. Monoclonal gamma-T-cell receptor rearrangement in vulvar lichen sclerosis and squamous cell carcinomas [Text] / S. Regauer, O. Reich, C. Beham-Schmid // *Am. J. Pathol*. – 2002. – Vol. 160 (3). – P.1035-1045.
 21. The Vulvovaginal Symptoms Questionnaire: A questionnaire for measuring vulvovaginal symptoms in postmenopausal women [Text] / E.A. Erekson [et al.] // *Menopause*. – 2013. – Vol. 20 (9). – P. 973.
 22. Use of platelet-rich plasma for vulvovaginal autoimmune conditions like lichen sclerosis [Text] / F. Behnia-Willison [et al.] // *Plast Reconstr Surg Glob Open*. – 2016. – Vol. 4 (11). – P. 1124.

Chernous V.V., Bogoslav Yu.P., Tatarchenko L.V., Gorbenko A.S.

OUR EXPERIENCE OF COMPLEX TREATMENT OF VULVAL LICHEN SCLEROSUS IN WOMEN OF PERIMENOPAUSAL AGE

State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»,
RDZPiM Research Institute,

Summary

The aim of the study was to increase the effectiveness of treatment of vulval lichen sclerosis in perimenopausal women by including hormone therapy and autoplasm (according to the Plasmolifting method) in the complex therapy.

We examined 95 women of perimenopausal age (65 women with lichen sclerosis: 33 – formed the main group, 32 – the comparison group, and 30 women – the reference group). In addition to traditional therapy, women in the main group were prescribed combined hormonal therapy and autoplasm therapy (Plasmolifting). Application of these methods in combination with the traditional therapy made it possible to increase the effectiveness of treatment of vulval lichen sclerosis 1.2 times, to increase the duration of remission to 1 year, to reduce the manifestations of discomfort in the urogenital sphere 1.8 times.

Key words: vulval lichen sclerosis, perimenopausal women, autoplasm.

НЕКОТОРЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛАБОРАТОРНОЙ ДИАГНОСТИКИ НОВОЙ КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН»

Резюме

Представлен обобщенный анализ данных о лабораторной диагностике коронавирусной инфекции и сопутствующей ей патологии. Обсуждается значимость лабораторных тестов в постановке диагноза и мониторинге эффективности терапии.

Ключевые слова: лабораторная диагностика, коронавирусная инфекция.

Уже в течение года пандемия COVID-19, вызванная коронавирусом SARS-CoV-2, формирует повестку дня в большинстве сфер жизни человеческого общества. Быстрая реакция научного сообщества на возникающие вызовы позволила в короткие сроки разработать диагностические методы для выявления как самого возбудителя, так и иммунного ответа на него. Изучение серологических маркеров формирования иммунитета в разных когортах инфицированных SARS-CoV-2 позволит получить важную информацию о перспективах создания популяционного иммунитета к COVID-19 и возможных особенностях специфической профилактики этой инфекции. Оценка динамики содержания анти-SARS-CoV-2 IgG после перенесенной инфекции будет полезна при разработке стратегии вакцинации против COVID-19 [17].

В настоящее время продолжается интенсивное изучение клинических и эпидемиологических особенностей заболевания, разработка новых средств его профилактики и лечения. Информация о COVID-19 постоянно пополняется. ВОЗ и Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) были изданы временные клинические руководства [1, 4].

Цель данной работы – обобщить имеющиеся на сегодняшний день данные о лабораторной диагностике коронавирусной инфекции и сопутствующим ей патологиям.

Основное значение для этиологической лабораторной диагностики COVID-19 имеет выявление РНК SARS-CoV-2 с помощью методов амплификации нуклеиновых кислот (МАНК) [13].

Основным видом биоматериала для лабораторного исследования на РНК SARS-CoV-2 является материал, полученный при заборе мазка из носоглотки (из двух носовых ходов) и ротоглотки. Мазки со слизистой оболочки носоглотки и ротоглотки собираются в одну пробирку для большей концентрации вируса.

Иммунный ответ в случае коронавирусной инфекции еще недостаточно изучен. Особенностью иммунного антительного ответа на инфекцию SARS-CoV-2 является небольшой временной промежуток между появлением антител IgM и IgG, а иногда и одновременное их формирование.

Классический вариант, когда в острый период инфицирования обнаруживаются антитела класса М (IgM), а позже IgG, наблюдается не всегда [5].

Согласно «Временным рекомендациям Международной Федерации по клинической химии и лабораторной медицине (IFCC)» IgA, IgM, IgG к SARS-CoV-2 **могут обнаруживаться одновременно** на начальных стадиях иммунного ответа (рис.1) [11].

Серологическое тестирование не должно использоваться для ранней диагностики активной инфекции (<14 дней).

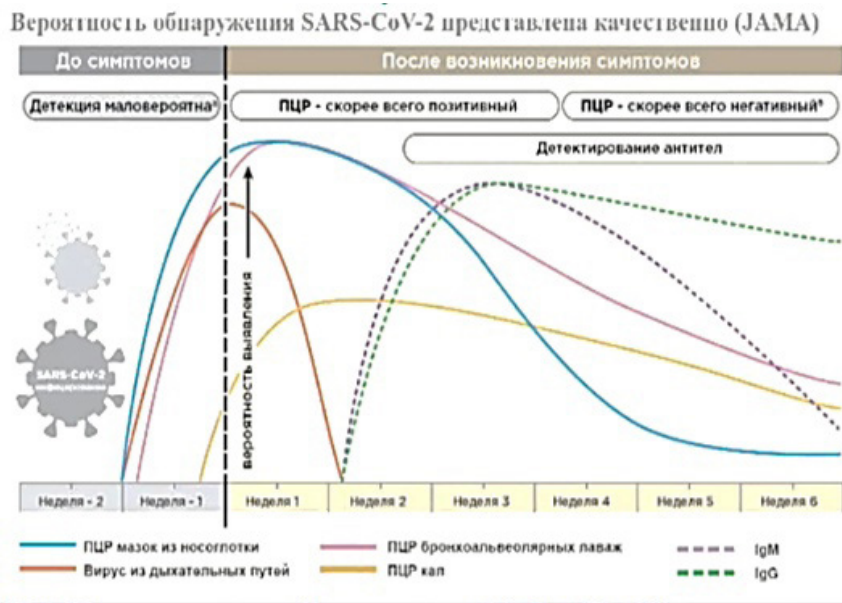


Рисунок 1.

Серологическое тестирование может быть использовано для установления факта перенесенной инфекции (>14 дней) [2,3].

Тестирование на антитела к вирусу SARS-CoV-2 рекомендуется использовать в следующих случаях:

- в качестве дополнительного метода диагностики острой инфекции или при невозможности исследования мазков методом амплификации нуклеиновых кислот (ПЦР), в том числе при госпитализации в стационар по поводу соматической патологии;
- для выявления лиц с бессимптомной формой инфекции;
- для установления факта перенесенной ранее инфекции при обследовании групп риска.

В настоящее время еще не разработаны тест-системы, которые бы отражали абсолютное количественное содержание антител в сыворотке крови.

Индекс позитивности (ИП) – расчетная величина, позволяющая оценить лишь относительный уровень антител.

Объем, сроки и кратность лабораторных исследований зависят от степени тяжести заболевания.

Алгоритм интерпретации суммарного определения антител Ig G, M, A к коронавирусу SARS-CoV-2

В случае отсутствия антител со 100% специфичностью можно говорить об от-

сутствии контакта с вирусом SARS-CoV-2 в анамнезе за последние 6 месяцев (если были клинические признаки пневмонии, перенесенное ОРВИ).

В случае наличия клинических проявлений, отрицательном результате ПЦР, положительном титре антител рекомендовать повторить исследование на суммарные антитела через 4-5 дней. При нарастании титра на 15-20% следует предположить недавний контакт с инфекцией (3-4 недели).

В случае отсутствия клинических проявлений, отрицательном тесте ПЦР и положительном титре суммарных антител предположить ранее перенесенную инфекцию.

В случае отсутствия клинических проявлений, отсутствия результата ПЦР тестирования и положительном титре суммарных антител предположить ранее перенесенную инфекцию. О сроках контакта с вирусом SARS-CoV-2 можно судить, назначая тест в динамике 4-5 дней. В случае отсутствия изменений в титре (менее 15-20%) предположить контакт с инфекцией более месяца назад.

Рекомендовать назначить тест на суммарные антитела при подтвержденном контакте с COVID-пациентом (например, в семье, на работе). Обязательно совместно с ПЦР-тестом. Желательно в динамике, с интервалом 4-5 дней. Нарастание титра антител более 20% говорит о наличии текущей инфекции со 100% специфичностью [14].

Совместное использование тестов на суммарные антитела и теста ПЦР рекомендовано для всех поступающих на стационарное лечение и плановую госпитализацию с целью дифференцировать текущую или перенесенную инфекцию [8].

Прогностические лабораторные маркеры.

Общеклинический анализ крови. У большинства пациентов с COVID-19 наблюдается нормальное число лейкоцитов, у одной трети обнаруживается лейкопения, лимфопения присутствует у 83,2% пациентов. Тромбоцитопения носит умеренный характер, но более отчетлива при тяжелом течении и у лиц, умерших от COVID-19.

С-реактивный белок (СРБ) синтезируется печенью в ответ на факторы (ИЛ-6, ИЛ-1 β , ИЛ-17, TNF- α), высвобождаемые макрофагами и адипоцитами. Уровень СРБ коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Концентрация СРБ увеличивалась у большинства пациентов, одновременно с увеличением интерлейкина 6 (ИЛ-6) и СОЭ в разной степени [9,16].

Интерлейкин-6 действует как провоспалительный цитокин; синтезируется активированными макрофагами и Т-клетками и стимулирует иммунный ответ. При тяжелом течении инфекции отмечается его повышение как неспецифического маркера воспаления [12].

Прокальцитонин – маркер бактериальной инфекции. В диагностике и прогнозе течения сепсиса имеет значение уровень прокальцитонина: < 0,5 мкг/л – низкий риск бакте-

риальной коинфекции и неблагоприятного исхода; > 0,5 мкг/л – пациенты с высоким риском, вероятно бактериальная коинфекция [15].

Ферритин сыворотки в настоящее время, помимо маркера обмена железа, хорошо известен как белок острой фазы, уровни которого отражают степень острого и хронического воспаления при инфекционных, ревматологических, гематологических заболеваниях. Ферритин является одним из ключевых медиаторов иммунной дисрегуляции, особенно при крайней гиперферритинемии, за счет прямого провоспалительного действия, способствуя цитокиновому шторму [6, 10].

Д-димер – специфический продукт деградации фибрина, присутствующий в крови после разрушения тромба (в процессе фибринолиза). Появление в плазме крови Д-димера свидетельствует об образовании и деградации фибринового сгустка внутри сосудистого русла. Содержание Д-димера пропорционально активности фибринолиза и количеству лизируемого фибрина. Рекомендуемая кратность определения у госпитализированных больных при легком варианте течения - 1 раз в 4-5 дней, при средней тяжести 1 раз в два дня, при тяжелом- ежедневно [7].

Выводы

Совместное назначение ПЦР-теста и серологической диагностики наиболее информативно и повышает выявляемость COVID-19 до 100%.

Изолированное определение антител по классам малоинформативно, следует использовать анализ на общие антитела для более раннего и надежного выявления SARS-CoV-2.

Список литературы

1. *Benefits, Open questions and Challenges of the use of Ultrasound in the COVID-19 pandemic era. The views of a panel of worldwide international experts [Text] / F. Piscaglia, F. Stefanini, V. Cantisani [et al.] // Ultrascall Med. – 2020;10.1055/a-1149-9872. Doi: 10.1055/a-1149-9872. 11.*
2. *Canadian society of clinical chemists (CSCC) interim consensus guidance for testing and reporting of SARS-CoV-2 serology [Text] / D. Bailey, D. Konforte, VE. Barakauskas [et al.] // Clin Biochem. – 2020 Dec. – Vol. 86. – P.1-7. doi: 10.1016/j.clinbiochem.2020.09.005. Epub 2020 Oct 6. PMID: 33031819; PMCID: PMC7536550.*
3. *Chest CT Findings in Coronavirus Disease-19 (COVID-19): Relationship to Duration of Infection [Text] / A. Bernheim [et al.] // Radiology. - 2020;200463. doi:10.1148/radiol.2020200463.*

4. *Clin Chem Lab Med.* 2020. – Vol. 58(12). – P. 2001-2008. doi: 10.1515/cclm-2020-1413.
5. *Clinical predictors of mortality due to COVID-19 based on an analysis of data of 150 patients from Wuhan, China [Text]* / Q. Ruan, K. Yang, W. Wang, [et al.] // *Intensive Care Med.* – 2020. – Vol. 46. – P. 846–848. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991-x>. 8
6. *Critical Care COVID-19 Management Protocol (updated 4-15-2020)*, file:///C:/Users/ASUS/AppData/Local/Packages/Microsoft.MicrosoftEdge_8wekyb3d8bbwe/TempState/Downloads/Marik-Covid-Protocol-Summary%20(2).pdf.
7. *Fast Coronavirus Test Are Coming* // *NATURE*, 24.09.2020)
8. *Infectious Diseases Society of America Guidelines on the Treatment and Management of Patients with COVID-19.* Published by IDSA, <https://www.idsociety.org/practice-guideline/covid-19-guidelinetreatment-and-management/>, [COVID-19 Guideline, Part 1: Treatment and Management].
9. *On the Alert for Cytokine Storm: Immunopathology in COVID-19 [Text]* / L.A. Henderson, [et al.] // *Arthritis & Rheumatology.* – 2020. – Vol. 72(7). – P.1059-1063. doi: 10.1002/art.41285. Epub 2020 May 10. PMID: 32293098; PMCID: PMC7262347.
10. *Royal Pharmaceutical Society of Great Britain Trading as Royal Pharmaceutical Society.* Wuhan novel coronavirus URL: <https://www.rpharms.com/resources/pharmacy-guides/wuhan-novel-coronavirus>.
11. *Systematic assessment of venous thromboembolism in COVID-19 patients receiving thromboprophylaxis: incidence and role of D-dimer as predictive factors [Text]* / M. Artifoni, [et.al] // *J. Thromb. Thrombolysis.* 2020. – Vol. 50(1). – P. 211-216. doi: 10.1007/s11239-020-02146-z. PMID: 32451823; PMCID: PMC7246965.
12. *World Health Organization. Infection prevention and control guidance for long-term care facilities in the context of COVID-19: interim guidance, 21 March 2020.* World Health Organization; 2020. <https://doi.org/10.1007/s00134-020-05991>.
13. *Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции (COVID-19) версия 9 (26.10.2020).*
14. *Диагностика COVID-19 в амбулаторных условиях [Текст]* / Д.С. Русинова, Е.Л. Никонов, [и др.] // «Клиническая медицина». – Журнал инфектологии. 2020. – Vol. 3 (12). – С.
15. *Насонов Е.Л. и др.; по поручению президиума Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». Проект рекомендаций Общероссийской общественной организации «Ассоциация ревматологов России». Коронавирусная болезнь 2019 (COVID-19) и иммуновоспалительные (аутоиммунные) ревматические заболевания.* <https://rheumatolog.ru>.
16. *Портал непрерывного медицинского и фармацевтического образования Минздрава России URL: <https://nmfo-vo.edu.rosminzdrav.ru/#/user-account/view-iom/e8b1f2ca-6be5-9125-4a1e>.*
17. *Этиологическая диагностика SARS-CoV-2 - взгляд из практики [Текст]* / О.В. Калинина, Е.Ю. Васильева [и др.] // ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» Минздрава России, г. Санкт-Петербург.

Nebesnaya L.V.

SOME FEATURES OF LABORATORY DIAGNOSTICS OF NEW CORONAVIRUS INFECTION

Clinical diagnostic laboratory «BIO-LINE»

Summary

A generalized analysis of data on laboratory diagnostics of coronavirus infection and its concomitant pathology is presented. The importance of laboratory tests in diagnosing and monitoring the effectiveness of therapy is discussed.

Key words: *laboratory diagnostics, coronavirus infection.*

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ МАСКИ КОРОНАВИРУСНОЙ БОЛЕЗНИ

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

Резюме

Описаны 7 видов сыпи при COVID-19, представлены их характерные особенности и показана взаимосвязь с возрастом и тяжестью течения заболевания.

Ключевые слова: COVID-19, поражения кожи, взрослые, дети.

Коронавирусная болезнь, или COVID-19 (от англ. CoronaVirus Diseases) – инфекционное заболевание, вызываемое новым видом коронавируса – вирусом SARS-CoV-2 (от англ. Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2), проявляющееся тяжелым острым респираторным синдромом, приводящим часто к летальному исходу. Коронавирусы – это не новые вирусы, они известны как возбудители обычных острых респираторно – вирусных инфекций (ОРВИ), распространенных повсеместно и поражающих как людей, так и животных. COVID-19 – это бета-коронавирус того же подрода, что и коронавирус тяжелого острого респираторного синдрома (SARS), а также нескольких коронавирусов летучих мышей. Именно поэтому исследовательская группа по таксономии вирусов предложила назвать его SARS-CoV-2 и так его и зарегистрировала впервые 31.12.2019 г. в г. Ухань (Китай) [1-6].

В настоящее время выделяют три варианта течения COVID-19: легкая форма, средне-тяжелая и тяжелая. Легкая форма (у 81% заболевших) – вирусной пневмонии нет или она протекает в легкой форме. Средне-тяжелая форма (у 14% заболевших) – проявляется остро, с поражением в течение 24-48 часов более, чем 50% легких, визуализируемом при исследовании на компьютерном

томографе (КТ), с выраженной одышкой, гипоксией и т.п. Тяжелая форма (у 5% заболевших) – критическое состояние с дыхательной и полиорганной недостаточностью. Описано также бессимптомное течение, но частота его неизвестна [4,5].

По мере накопления клинических данных привлекают внимание внелегочные и атипичные проявления COVID-19, которые могут быть как первыми признаками заболевания, так и наблюдаться на этапах его развития при любой тяжести процесса. Так, у 1/3 больных с подтвержденным диагнозом COVID-19 был конъюнктивит, причем чем тяжелее заболевание, тем чаще его наблюдали. У 8,8% из 336000 больных описаны поражения кожи, при этом у 17% из них – это были первые клинические проявления заболевания.

Выделяют 2 сценария поражения кожи при COVID-19, в зависимости от времени появления сыпи. Первый – когда сыпь появляется на 2-3 день после заражения на фоне нормального самочувствия и отсутствия респираторного синдрома. Второй – когда сыпь присоединяется к респираторному синдрому на 2-3 день его развития [3-6].

Выделяют 7 видов сыпи при COVID-19:

1. Ангииты
2. Папуло-везикулезные
3. Розовый псевдолишай Жиберга

4. Кореподобные
5. Токсидермии
6. Крапивница
7. Трофические изменения кожи лица

Ангииты – могут быть как за счет прямого вирусного поражения сосудов кожи, так и инфекционно-аллергического генеза. Высыпания полиморфные и могут проявляться эритемой, петехиями, геморрагическими пятнами (считаются маркерами «циткиновом шторме», дистресс синдрома, тяжелой пневмонии), волдырями, воспалительными папулами, бляшками, узлами. Чаще у пожилых и при тяжелом течении.

Папуло-везикулезная сыпь – напоминает потницу, или ветряную оспу; появляется за несколько часов до повышения температуры или сопровождает ее; мелкие везикулы с прозрачным или мутным содержимым чаще на туловище, могут быть фолликулярные папуло-пустулы (за счет снижения иммунитета кожи и флоры сально-волосяных фолликулов); усиливаются при интенсивном потении, субъективно – не беспокоят, может быть легкое покалывание под ними.

Розовый псевдолишай Жибера – инфекционно-аллергического генеза; материнская бляшка отсутствует; чаще на боковых поверхностях туловища, чем на груди; красноватые очаги, вытянутые вдоль линий кожного натяжения, с бледно-розовой каймой по периферии; на протяжении 3-5 дней бляшки увеличиваются в размерах, но сливаются редко, затем середина очага приобретает желтоватый оттенок и отшелушивается, ободок сохраняется долго, затем проходят бесследно.

Кореподобная сыпь – появляется через несколько дней после лихорадки (иногда – на 6-й день); начинаясь с головы, распространяется по всему телу (лицо и слизистые не поражаются); кольцевидные пятна, иногда с уплотнением в центре; субъективно не беспокоит, сопровождается повышением температуры, слабостью, мышечной болью. Через 4 дня – шелушение и бесследный регресс.

Токсидермии – напрямую не связаны с вирусом; развиваются из-за непереносимости некоторых лекарств или их сочетаний (антибиотики, противовирусные, противомаларийные), поэтому их еще описывают как лекарственную аллергию. Красновато-синюшные пятна, сливающиеся между собой. Могут быть 3 варианта локализации: распространенные по всему телу; только в подмышечной области; только в зоне паховых складок.

Крапивница – может быть предвестником COVID-19, появиться за сутки до повышения температуры; особенностью является преимущественная локализация на кистях и стопах, верхних и нижних конечностях, но может поражаться спина, грудь, живот. Волдыри ярко розового цвета, причудливых очертаний. Помимо сильного зуда может быть болезненность при прикосновении.

Трофические изменения кожи лица – развиваются у больных на искусственной вентиляции легких, которые долго лежат на животе. Могут быть как из-за вируса, так и из-за препаратов.

Помимо этого, описаны «ковидные пальцы» и «ковидные стопы» – это акродерматит (акроишемия): высыпания на кончиках пальцев кистей и стоп, напоминающие обморожение («ложное обморожение»); чаще бывают у молодых (до 40 лет), подростков и детей. Асимметричные ярко красного цвета пятна с розовато-фиолетовым оттенком, на поверхности могут быть петехии, пузыри или пузырьки, зона некроза вблизи околоногтевых валиков. Ладони, подошвы, слизистая полости рта интактны.

Описаны также особенности сыпи в зависимости от тяжести течения COVID-19 и возраста. Так, у взрослых при легком течении высыпания часто по типу многоформной экссудативной эритемы; при среднем тяжелом течении – папуло-везикулезная или пятнисто-везикулезная, напоминающая ветрянку; при тяжелом течении – крапивница, акродерматит, или сыпь, напоминающая ливедо. Последняя чаще бывает у пожилых, развивается за счет сгущения крови и

нарушения кровотока в мелких сосудах или из-за закупорки капилляров мелкими тромбами. У детей высыпания появляются после более короткого инкубационного периода (2-3 дня), чаще – мелкая пятнистая сыпь с характерными 3 цветовыми зонами: 1) центр – темно-красный, с везикулой, пузырьком или корочкой; 2) бледно-розовая отечная зона; 3) ярко красное внешнее кольцо. Высыпания напоминают многоформную экссудативную эритему и могут быть на любом участке тела, в том числе на губах и слизистой полости рта.

Таким образом, многообразие поражений кожи при COVID-19 и вероятность

их появления как первого клинического признака инфицирования, диктуют необходимость повышения информированности врачей дерматовенерологов об этом новом заболевании. Подтвердить взаимосвязь сыпи и COVID-19 может только лабораторное обследование (обнаружение антигена методом полимеразной цепной реакции – ПЦР; выявление антител классов IgG и IgM), анализ эпиданамнеза (посещение в течение последних 2-х недель так называемых «красных зон» или контакт с заболевшими), с обязательным взаимодействием с инфекционистами.

Список литературы

1. Прилуцкий, А.С. Коронавирусная болезнь 2019. Часть 2: Клиника, диагностика, лечение, профилактика [Текст] / А.С. Прилуцкий // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2020. - Т.24, № 1. - С. 87-101.
2. Прилуцкий, А.С. Коронавирусная болезнь 2019. Что нужно знать врачу дерматовенерологу [Текст] / А.С. Прилуцкий // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. - 2020. - № 1 (27). - С. 62-71.
3. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel coronavirus (2019-nCoV) infected pneumonia [Text] / Y.H. Jin [et al.] // Military Medical Research. - 2020. - Vol.7, №4. - doi: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-0233-6>.
4. Clinical characteristics of 2019 novel coronavirus infection in China [Text] / W. Guan [et al.] // medRxiv. - doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30183-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30183-5).
5. Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China / C.Huang [et al.] [Text] // Lancet. - 2020. - Vol.395. - P.497-506. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.02.06.20020974>
6. Diagnosis and treatment recommendations for pediatric respiratory infection caused by the 2019 novel coronavirus / Z. M.Chen [et al.] [Text] // World J. Pediatr. - 2020. - № 5. - doi: [10.1007/s12519-020-00345-5](https://doi.org/10.1007/s12519-020-00345-5). [Epub ahead of print].

Protsenko O.A.

DERMATOLOGICAL MASKS OF CORONAVIRUS DISEASE

State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»

Summary

7 types of rash with COVID-19 are described, their characteristic features are presented and the relationship with the age and severity of the disease is shown.

Key words: COVID-19, skin lesions, adults, children.

КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОСТКОВИДНОГО СИНДРОМА

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

Резюме

Представлены поражения кожи у 67 больных, переболевших подтвержденным COVID-19, в возрасте от 19 до 68 лет, в том числе 44,8% мужчин и 55,2% женщин. Легкая форма перенесенного COVID-19 была 77,6%, тяжелая и средне-тяжелая – у 22,4%. Телогеновое выпадение волос было у 80,6% больных, ониходистрофии – у 34,3%, кандидозный онихомикоз – у 17,9% больных, поверхностный аллергический ангиит – у 14,1%. Обсуждаются результаты обследования и ведения больных.

Ключевые слова: постковидный синдром, поражения кожи.

Обобщенный анализ публикаций, посвященных новому инфекционному заболеванию – COVID-19, вызванному особым подтипом коронавируса, показал, что почти у 80% больных заболевание заканчивается выздоровлением и не требует специфического лечения. С 25.03.2020 г. в г. Москва больным с легкой формой COVID-19 разрешено лечиться дома. Примерно в одном из 6 случаев COVID-19 возникает тяжелая симптоматика с развитием дыхательной недостаточности. Риск тяжелого течения COVID-19 связан с COVID-19 возрастом (у лиц старше 65 лет), сопутствующей патологией (сахарным диабетом, тяжелыми заболеваниями сердечно-сосудистой системы и т.п.). Выявлены особенности инкубационного периода (от 2 до 14 дней, в среднем – 5 дней), временные, по дням, особенности развития клинических симптомов [1-6]:

1-4 день – первые симптомы, повышение температуры до 38 градусов, боли в мышцах;

5-6 день – приступы сухого кашля, ощущения нехватки воздуха, затрудненное дыхание;

7 день – проблемы с дыханием усиливаются;

8–9 день – при тяжелом варианте те-

чения возникает дыхательная недостаточность, требующая проведения кислородной поддержки;

10–11 день – при благоприятном течении больной начинает выздоравливать, дыхательные расстройства регрессируют;

12 день – нормализуется температура;

13–22 день – постепенно восстанавливается работа всех функций.

Высокий процент инфицированных с легким течением заболевания, появившиеся сообщения о возможности бессимптомного течения COVID-19, а также достигнутые успехи в лечении нового инфекционного заболевания привели к появлению новой клинической проблеме – постковидному синдрому, в структуре которого особое место занимают поражения кожи и ее придатков.

В связи с этим представляем анализ собственных наблюдений за период с сентября по ноябрь 2020 г. по результатам амбулаторного консультативного приема в Республиканском клиническом кожно-венерологическом диспансере МЗ ДНР и частном медицинском центре.

За 3 месяца таких больных, переболевших подтвержденным COVID-19, было 67 (72%), в возрасте от 19 до 68 лет, в том числе

30 (44,8%) мужчина и 37 (55,2%) женщин.

Легкая форма перенесенного COVID-19 была у большинства обратившихся больных с дерматологическими проблемами – у 52 (77,6%), тяжелая и средне-тяжелая – у 15 (22,4%).

Среди дерматологических проблем у большинства обратившихся больных было телогеновое выпадение волос – у 54 (80,6%) больных, ониходистрофии – у 23 (34,3%), кандидозный онихомикоз – у 12 (17,9%) больных, поверхностный аллергический ангиит – у 9 (14,1%).

Примечательно, что лишь 11 (16,4%) больных связали кожные изменения с перенесенным COVID-19, остальные 56 (83,6%) больных «вспомнили» о перенесенном инфекционном заболевании лишь при тщательном сборе анамнеза.

Последующее обследование у 46 (68,6%) больных выявило в общем анализе крови

анемию, в основном, у больных алопецией, в том числе у 27 (40,3%) – железодефицитную; у 16 (23,9%) больных были повышенными тромбоциты; у 12 (17,9%) больных установлена лимфоцитопения; у 9 (13,4%) больных – эозинофилия, несколько чаще у больных аллергическим поверхностным ангиитом. Нарушенная билирубинообразующая функция печени была у 6 (8,9%) больных, только у больных с кандидозным онихомикозом и поверхностным аллергическим ангиитом. Дефицит витамина Д был у 7 (10,4%) больных, недостаточный уровень витамина Д – у 15 (17,9%) больных.

Таким образом, представленные предварительные данные говорят об актуальности проблемы и необходимости ее дальнейшего изучения для оптимизации лечебных и реабилитационных мероприятий.

Список литературы

1. Прилуцкий, А.С. Коронавирусная болезнь 2019. Часть 2: Клиника, диагностика, лечение, профилактика [Текст] / А.С. Прилуцкий // Вестник гигиены и эпидемиологии. - 2020. - Т.24, № 1. - С. 87-101.
2. A rapid advice guideline for the diagnosis and treatment of 2019 novel corona-virus (2019-nCoV) infected pneumonia [Text] / Y.H. Jin [et al.] // Military Medical Research. - 2020. - Vol.7, №4. - doi: <https://doi.org/10.1186/s40779-020-0233-6> s12519-020-00345-5. [Epub ahead of print].

Protsenko T.V., Protsenko O.A.

SKIN MANIFESTATIONS OF POST-COVID-19 SYNDROME

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

Skin lesions are presented in 67 patients who have recovered from confirmed COVID-19, aged 19 to 68, including 44.8% of men and 55.2% of women. The mild form of the transferred COVID-19 was 77.6%, the severe and moderately severe – in 22.4%. Telogen hair loss was in 80.6% of patients, onychodystrophy – in 34.3%, candidal onychomycosis – in 17.9% of patients, superficial allergic angiitis – in 14.1%. The results of examination and management of patients are discussed.

Key words: *post-covid-19 syndrome, skin lesions.*

ОСМЫСЛЕНИЕ БОРЬБЫ С ПАНДЕМИЕЙ COVID-19 В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

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

Резюме

В статье дан анализ недостатков и улучшений здравоохранения Донецкой Народной Республике (ДНР) в период борьбы с коронавирусом.

Ключевые слова: пандемия, Covid-19, профилактика болезни, недостатки, приобретения.

Коронавирус изменил жизнь нашего государства. Границы закрыты, ограничено работают музеи и театры, кафе и магазины. Люди сидят по домам, работают и учатся дистанционно, не общаются друг с другом. На земле переболело более 95 млн человек, около 1.7 млн покинули ее из-за болезни. Поэтому борьба с пандемией COVID-19 (аббревиатура от англ. COronaVIrus Disease 2019) – главное направление в жизнеобеспечении любой страны.

Цель работы: дать анализ состояния организации медицинской помощи населению в период пандемии коронавирусом Covid-19 в Донецкой Народной Республике (ДНР).

Результаты и обсуждение

Год борьбы с пандемией в ДНР – это срок, чтобы обдумать, проанализировать, обсудить, научно обосновать состояние системы здравоохранения страны, выявить недостатки и оценить приобретения по профилактике и лечению болезни.

За это время на земле не осталось ни единого места, где бы ни было хотя-бы одного заболевшего. Первый случай Covid-19 зарегистрирован в китайской провинции Хубэй 17 ноября 2019 года. С тех пор она переходила от человека к человеку, от людей к животным и обратно.

В это время в пульмонологическом отделении города Циндао (портовый город на восточном побережье Китая) заболело коронавирусом 13 человек. Вспышка произошла на так называемом морском рынке, где торгуют морепродуктами и экзотическими животными. Считают, что носителями вируса могли стать летучие мыши. Официально о новой инфекции было объявлено 31 декабря 2019 года [1].

Многие думают, что коронавирус атакует легкие: двухстороннее воспаление, повышение температуры до 40С, озноб, кашель с мокротой, одышка, боли в грудной клетке. Но под прицелом китайской «чумы» не только дыхательная система. Вирус способен нанести серьезный урон сердечно-сосудистой системе. Заметно повышается риск сбоя мозгового кровообращения. При этом общее состояние сопровождается обездвижимостью организма, нарушением памяти, депрессией, бессонницей, отсутствием аппетита, а так же головной болью [2].

Заметив эти симптомы необходимо немедленно обратиться к врачу или вызвать скорую помощь. Раннее обращение и лечение способствуют выздоровлению. В ДНР первый случай Covid-19 зарегистрирован в марте 2020 года.

Распространенность пандемии в мире, Украине, России и ДНР представлена в таблице 1.

Нужно учесть, что, по непроверенным данным, официальная статистика Украины, России и ДНР часто нуждается в уточнении. Приведенные показатели занижены, так как в них не учтены больные, не обращавшиеся за медицинской помощью, в силу различных ситуаций. Не учтены мигранты, находящиеся за рубежом. Из-за отсутствия четкой методологии дифференциации между Covid-19, пневмонией и острой респираторной инфекцией, создалась возможность «перекачки» больных (особенно умерших) в ту или другую сторону [3].

Чему нас научила борьба с неизвестным мутирующим вирусом?

Прежде всего, здравоохранение ДНР оказалось не достаточно готовым к ликвидации массового поражения населения особо опасной инфекцией, несмотря на проводимые реформы, частичную структуризацию управления, оптимизацию оказания медицинской помощи. Ориентация на усиление первичной медицинской помощи на селе, замена участковых врачей на семейных, создание центров первичной медико-санитарной помощи не дало ожидаемого эффекта. Они только усложнили больным доступность к специализированной врачебной помощи, фактически разрушили педиатрическую амбулаторно-поликлиническую помощь. Хороши те реформы, которые удобны либо больным, либо врачам, а лучше обеим категориям.

Произошло переосмысление состояния материально-технической базы отрасли, которая представлена: устаревшими зданиями и сооружениями. Водообеспечение, канализация, энергосеть ЛПУ изношены на 60-80%, десятилетиями не подвергавшиеся капитальному ремонту и новому строительству (результат наследия СССР и Украины).

И как следствие – недостаточность площадей, оборудования, медицинского инвентаря для организации успешной борьбы с коронавирусной инфекцией при соблюдении санитарных норм и требований.

Еще острее стала проблема недостаточности современной лечебно-диагностической медицинской техники: рентгенографической; аппаратов ИВЛ; кислородных станций для производства медицинского кислорода; электронно-мониторинговых приборов слежения за состоянием больных.

Усугубились трудности в работе лабораторно-диагностической службы из-за устаревшего клинического оборудования и недостатка реактивов для исследования больных на Covid-19.

Так же сказалось несовершенство управления лечебно-профилактическими учреждениями. В ряде случаев подбор и расстановка руководящих кадров шла не по принципу деловых качеств, а по иным принципам. Устаревшие функциональные обязанности главных врачей больниц, рекомендованные КВЭД (классификатор видов экономической деятельности ДНР от 2010 г. – продублировал украинский), лишил их возможности самостоятельно принимать управленческие решения, без указаний сверху. Появилась необходимость заменить должность руководителя ЛПУ на лидеров-перемен: директоров медицинских фирм, менеджеров, топ-менеджеров, кризисных менеджеров с аналитическим складом ума, знающих рыночную экономику, самостоятельными распределителями финансовых ресурсов, с высокой стрессоустойчивостью, готовых к неординарной работе [6].

Обострилась проблема катастрофической нехватки медицинских работников – врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Это связано с миграционным оттоком специалистов, низкой заработной платой и невозможностью реализовать свои способности в рамках военных действий. В отдельных регионах дефицит врачей достигает 50 % и более от общего числа штатных единиц. В Амвросиевском районе он составляет 32.4%, в Тельмановском – 46.5%, в Горловке – 45.2 %, в Дебальцево – 54%, в Докучаевске – 38.3%, в Снежном – 45.6%, в Харцызске – 45.9%, в Шахтерске – 35.2%. Среди работающих специалистов достаточно большое количество лиц пенсионного возраста (30-35% от общего числа) [5].

Таблица 1

Хроника коронавируса Covid-19 на 04.03.2021 г.

	В мире	Украина	Россия	ДНР
Заболело	115 779 777	1 374 762	4 278 750	24 822
Умерло	2 572 006	26 591	87 348	2 061
Выздоровело	91 483 468	1 186 873	3 853 734	16 906
Удельный вес распространенности болезни среди населения	По регионам и континентам разный	3.18%	2.31%	0.8%

Источник: <https://www.wordometers.info>

Таблица 2

Повышенный спрос на рабочие места у работодателей ДНР в 2020 г.

Высококвалифицированные работники	Средний персонал	Неквалифицированные работники
Технические инженеры разных профессий	Средние специалисты промышленных предприятий	Работники строительных организаций, ЖКХ
Врачи	Средний медицинский персонал	Младший медицинский персонал
Специалисты в системе IT	Программисты	Пользователи

По данным Министерство труда и социальной политики ДНР за 2020 год.

Не менее важное значение в оттоке медицинских специалистов играет низкая заработная плата медработников. Она не только превышает прожиточный минимум в стране. Отсутствие мотивации к труду привело к снижению интереса к приобретению медицинской профессии. В таблице 2 приведены данные о профессиях, которые пользуются повышенным спросом в нашей стране.

Необходимо отметить, что на 01.01.2021г. в ДНР не хватает около 6173 врачей и 7482 медицинских сестер.

Катастрофически малое количество автомобилей (особенно для организации скорой и неотложной помощи, первичной медицинской помощи, хозяйственных служб) усугубило транспортные возможности больниц.

Осложнилась ситуация искусственно созданным дефицитом и дороговизной фармацевтических препаратов по борьбе с вирусной инфекцией и лечения сопутствующих ей соматических болезней, из-за повышенного спроса населения.

Но не все так страшно, если зная недостатки и перегибы, уметь их исправлять. На ошибках учатся! Попробуем найти по-

лезные приобретения ДНР в ходе борьбы с коронавирусом:

- несовершенство государственного здравоохранения, осознание того, что в условиях переходного периода нужны новые подходы и решения по улучшению здоровья людей;
- изменилось отношение к работе в условиях рыночной экономики, здравоохранения, расширения частной медицинской помощи;
- необходимость готовить менеджеров и кризисных менеджеров, способных работать в современных условиях переходного периода в стране;
- практическое признание ошибок в организации первичной медицинской помощи, укомплектации медицинских кадров, сокращения не используемых коек и наведения порядка в больницах;
- необходимость дополнительных объемных финансовых инвестиций в медицину, учебную подготовку медиков и медицинскую науку;
- значительное расширение технического медицинского оборудования, обеспечение транспортом первичной медицинской помощи и станций скорой неотложной помощи;

- изменение общественного сознания в отношении роли профессии врачей и ученых медиков;

- понятие того, что высококвалифицированный труд медиков должен вернуться на свои хорошо оплачиваемые позиции;

- стремительное развитие дистанционных IT-технологий в работе лечебных учреждений. Снятие барьеров и штампов в бумагообороте и отчетности ЛПУ;

- необходимость переосмысления нужности ЦПСМП с учетом требований пациентов на местах [4,6].

Информация к размышлению. Ношение масок, соблюдение дистанций, жесткий локдаун, закрытие ночных баров и кафе, соблюдение санитарного режима в общественных местах и учебных заведениях, закрытие границ и аэропортов привело к сокращению социальных болезней, прежде всего первичным туберкулезом.

Заключение. 13.01.2021 г. в Донецке прошло очередное заседание Межведомственного оперативного штаба по предупреждению завоза и распространения коронавирусной инфекции, а 04.02.2021 г. расширенное селекторное совещание у главы государства «О состоянии системы здравоохранения в период коронавирусной инфекции» [5], где констатировали, что эпидемиологическая ситуация стабильна и контролируема. Создан запас прочности, больницы оснащены дополнительным коечным фондом, укомплектованы медицинским оборудованием (аппаратами ИВЛ, кислородными концентраторами, защитной одеждой) в полном объеме. С дефицитом медикаментов покончено, цены частично снижены. Завезена вакцина Гам-Ковид Вак (торговая марка Спутник V) – комбинированная векторная вакцина для профилактики коронавирусной инфекции. Начинается иммунизация населения. ДНР на марше к победе над Covid-19.

Список литературы

1. Берк, М. Как КНР справилась с эпидемией Covid-19 [Текст] / М.Берк // Комсомольская правда. – Донецк: 2021. – №14. – С.5.
2. Временные методические рекомендации. Профилактика, диагностика и лечение новой коронавирусной инфекции Covid-19 – Версия 9. – М.: МЗ РФ, 26.10.2020- 236с.
3. Коробатов, Я. У России свой путь – борьба с ковидом [Текст] / Я. Коробатов // Итоги недели. – Донецк: 2020. – №53(245). – С.3.
4. Приказ МЗ ДНР №557 от 23.03.2020 года «О мерах по недопущению распространения инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, на территории Донецкой Народной Республики».
5. Пушилин, Д. Состояние системы здравоохранения в период коронавирусной инфекции / Д. Пушилин – Донецк: Доклад на совещании, 04.02.2021г.
6. Указ Главы Донецкой Народной Республики от 14.03.2020 года №57 «О введении режима повышенной готовности».

Shutov M.M., Besedina E.I.

REFLECTING THE FIGHT AGAINST THE COVID-19 PANDEMIC IN THE DPR

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

The article analyzes the shortcomings and improvements in healthcare in the Donetsk People's Republic (DPR) during the fight against coronavirus.

Key words: *pandemic, Covid-19, disease prevention, deficiencies, acquisitions.*

Проценко О.А., Коньшева Н.В.

ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СИНДРОМА ГИПЕРАНДРОГЕНИИ У ДЕВОЧЕК И ДЕВУШЕК- ПОДРОСТКОВ

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

Резюме

Представлены кожные проявления синдрома гиперандрогении у девочек различного возраста. Обсуждаются клинические аспекты дерматологических и эстетических изменений кожи и ее придатков при гиперандрогениях различного генеза, тактика ведения таких пациентов специалистами различного профиля.

Ключевые слова: гиперандрогения, девочки, девушки, кожные проявления.

Жирность и пористость кожи, комедоны, угри (акне), себорея, появляющиеся в пубертате, часто воспринимаются лишь как эстетическая проблема подросткового возраста, которая не требует медицинского решения. Избыточное оволосение нередко служит поводом поиска «лучших методов эпиляции», которые проводят зачастую лица без должного медицинского образования [8]. В то же время эти изменения, связанные с повышенной активностью сальных желез и/или волосяных фолликулов, обусловленные гиперандрогенией, могут быть первым проявлением формирующейся патологии эндокринной системы или репродуктивных органов, что требует междисциплинарного взаимодействия для ранней диагностики патологии [5, 6].

Гиперандрогенией (ГА) обозначают избыточное образование мужских половых гормонов – андрогенов (тестостерона), гиперандрогенией – избыточное содержание андрогенов в периферической крови [5, 6]. С точки зрения развития кожной патологии, важно не абсолютное содержание андрогенов в периферической крови, а чувстви-

тельность к ним рецепторов на поверхности клеток сальной железы и волосяных фолликулов (дигидротестостерон-чувствительные рецепторы) и активность фермента 5 α -редуктазы, трансформирующего тестостерон в активную форму, которая присоединяется к чувствительным рецепторам [9].

В гинекологической эндокринологии синдром ГА нередко определяют как состояние, проявляющееся клинической картиной ГА и/или повышением уровня андрогенов в отсутствие гормонально-активных опухолей и известных заболеваний, приводящих к избытку стероидов [2,5].

Все андрогены являются С19-стероидами – производными андростана, имеющими разную биологическую активность. В яичниках вырабатываются тестостерон и андростендион. Основным андрогеном надпочечников является дегидроэпиандростерон (ДГЭА) и дегидроэпиандростерона сульфат (ДГЭА-С). В тека-клетках кожи, сальных и потовых желез, мышц, жировой ткани, яичников тестостерон под воздействием тканевого фермента 5 α -редуктазы, превращается в 5 α -дигидротестостерон (ДГТ), обладающий

максимальной андрогенной активностью. Половые гормоны, главным образом андрогены, переносятся специфическим белком – глобулином, связывающим половые гормоны / Sex Hormone Binding Globulin (ГСПГ, ССГ, SHBG). В свободном состоянии циркулирует 1-3% андрогенов, которые оказывают биологическое действие на клетки. Уровень ГСПГ снижается под влиянием андрогенов, глюкокортикоидов, соматотропного гормона, тиреоидных гормонов, избытка массы тела, при тяжелой патологии печени. При ГА либо может повышаться количество андрогенов в детском организме, либо рецепторы клеток организма девочки чрезмерно чувствительны к ним. В организме ДГТ стимулирует выработку кожного жира, дифференцировку волосяного фолликула из пушкового волоса в остевой, в результате чего волосы утолщаются, становятся более заметными, что лежит в основе формирования гирсутизма. Кроме того, происходит ускорение темпов физического развития, опережение костного возраста по отношению к паспортному и преждевременное закрытие зон роста [2]. ГА может развиваться под воздействием провоцирующих факторов (различные инфекции, медикаментозные и бытовые интоксикации, введение в организм гормонов извне).

Синдром ГА представляет собой достаточно обширную группу эндокринных заболеваний, которые возникают в силу разнообразных патогенетических механизмов, но объединяются по принципу сходной клинической симптоматики вследствие избыточного количества и/или качества (активности) мужских половых гормонов в женском организме [2, 5, 13]. Наиболее широко распространены следующие ГА-состояния:

Надпочечниковый синдром ГА:

- Врожденная ГА (адрено-генитальный синдром).

- Неклассические формы врожденной дисфункции коры надпочечников.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ):

- Первичный (синдром Штейна-Левенталя).

- Вторичный (нейроэндокринные формы т.н. гипоталамического синдрома, при гиперпролактинемии, на фоне первичного гипотиреоза, при ожирении).

Преждевременное адренархе.

Идиопатический гирсутизм.

Дефицит ароматазы.

Синдром ГА при дисфункции коры надпочечников:

- Может быть *врожденным*, начинаться внутриутробно, сопровождаться ГА и ложным мужским гермафродитизмом (гипертрофированные сросшиеся большие половые губы, напоминающие мошонку, увеличенный клитор как подобие полового члена). ГА при врожденной дисфункции коры надпочечников (ВДКН) чаще является результатом генной мутации – генетически обусловленным дефицитом фермента 21-гидроксилазы, участвующего в синтезе андрогенов в коре надпочечников (наследуется по аутосомно-рецессивному типу). Если диагноз ВДКН не поставлен своевременно и не начато соответствующее лечение, то вследствие анаболического действия андрогенов в первые годы девочки быстро растут, у них активно развивается скелетная мускулатура, появляется грубоватый голос, гирсутизм (оволосение по мужскому типу на лице, груди, животе, конечностях), т. е. выявляются признаки маскулинизации. Отмечается напряжение увеличенного клитора. У девушек в пре- и пубертатном периодах отсутствуют вторичные половые признаки и менструации. Значительно ускоряется дифференцировка скелета («костный» возраст опережает паспортный). К 10–12 годам происходит закрытие эпифизарных зон роста костей, что определяет конечную низкорослость больных. Пропорции тела у них нарушены: широкий плечевой пояс, узкий таз, хорошо развитая мускулатура [2,5,6,13].

- *Неклассическая форма ВДКН (НК-ВДКН)*. Частичная блокада синтеза стероидов при врожденном дефиците С21-гидроксилазы увеличивает синтез андрогенов. НК-ВДКН подразумевает не полную, а частичную потерю активности фер-

ментов, из-за чего у пациентов отсутствуют признаки вирилизации наружных гениталий и проявления глюкокортикоидной недостаточности. Манифестация НК-ВДКН происходит в пубертатном возрасте. Первым клиническим симптомом бывает ускоренное изолированное пубархе, ускорение темпов роста, раннее закрытие зон роста. Менархе наступает в 15-16 лет. Формируется ГА-дисфункция яичников, что проявляется ановуляцией и олигоменореей [12]. В этом периоде более выражен гирсутизм: рост волос по белой линии живота, на верхней губе, внутренней поверхности бедер. Кожа жирная, пористая, с множественными комедонами, акне, гиперпигментацией. В телосложении также заметно влияние андрогенов: нерезко выраженные мужские черты с широкими плечами и узким тазом, укорочение конечностей, невысокой рост. После появления гирсутизма молочные железы гипоплазированы.

Синдром поликистозных яичников (СПКЯ). Основным звеном патогенеза является снижение допаминергической активности в подкорковых структурах и связанное с ним нарушение пульсирующего выброса гонадолиберина. В результате повышается секреция лютеинизирующего гормона (ЛГ) и пролактина, снижение секреции фолликулостимулирующего гормона (ФСГ). Критериями при дифференциальной диагностике формирующегося СПКЯ у юных пациенток являются сочетание ультразвуковой (морфологической) картины поликистоза яичников с нарушением гормонального профиля (соотношения половых гормонов и гиперандрогении), динамика становления менструального цикла (МЦ) в течение 12–18 месяцев наблюдения (олигоменорея, аменорея), андрогензависимые дерматопатии – жирность, пористость кожи, акне, гирсутизм (оволосение над верхней губой, вокруг сосков молочных желез, вдоль белой линии живота, на бедрах) на фоне дисметаболических нарушений (ожирения, гиперинсулинизма, нарушения толерантности к глюкозе). СПКЯ выявляют в период

пубертата в связи с первичной или вторичной аменореей. Наружные гениталии сформированы по женскому типу. Недостаток ФСГ приводит к снижению синтеза эстрогенов, нарушению созревания фолликулов, их атрезии и увеличению размеров яичников. Одновременно увеличивается содержание андрогенов, что ведет к нарушению МЦ и к развитию гирсутизма [1,4,11,14]. Среди триггерных факторов ведущее место отводят хроническому информационному стрессу, повышенным учебным нагрузкам.

Вторичный СПКЯ – развивается в рамках нейроэндокринной формы т.н. гипоталамического синдрома, при синдроме гиперпролактинемии, на фоне первичного гипотиреоза. Избыточное оволосение на лице, нижних и верхних конечностях обычно появляется спустя некоторое время после обнаружения нарушений МЦ и постепенно прогрессирует. Даже при гипоталамическом синдроме периода полового созревания, характеризующимся бурными темпами полового созревания, первые признаки гирсутизма наблюдаются у девушек не ранее 14 лет.

Гипоталамический синдром пубертатного периода (ГСПП) – патологический симптомокомплекс, возникающий в результате дисфункции гипоталамуса и сопряженных с ним структур центральной нервной системы (ЦНС) в период полового созревания. ЦНС осуществляет контроль деятельности гипоталамо-гипофизарного комплекса. Распространенность ГСПП среди девочек-подростков – 131,3 на 1000 и сильно зависит от экологической обстановки: чаще встречается в условиях промышленного города с многокомпонентным загрязнением окружающей среды. Гипоталамус очень чувствителен к токсическим и нейротропным факторам, психотравмирующим ситуациям, черепно-мозговым травмам, колебаниям внутричерепного давления, менингитам, интоксикации, тяжелым или часто повторяющимся вирусным заболеваниями (грипп, ОРВИ, герпес), тонзиллярной инфекции, чрезмерной умственной нагрузке, родовым

травмам [5,10]. Среди частых причин указывается систематическое переедание и наследственная предрасположенность к ожирению. Есть указания на роль хронической фето-плацентарной недостаточности, внутриутробных инфекций, угрозы прерывания беременности, гестоза, приема туринала во время беременности [10]. Повышенный синтез бета-эндорфинов увеличивает выделение АКТГ и пролактина, усиливает синтез кортизола, способствующего ожирению с отложением жира по мужскому типу, гипергликемии, гипертензии, появлению полос растяжения кожи, гирсутизма; увеличивает число атрезирующихся фолликулов, приводит к утолщению и склерозу капсулы и стромы коркового слоя, т. е. к формированию морфологического субстрата СПКЯ с нарушением МЦ и в итоге – бесплодием [5,14]. Дебют чаще в 11-13 лет: может быть высокорослость, ожирение, ускоренное физическое и половое развитие, трофические изменения кожи (полосы растяжения кожи – стрии), нарушение МЦ, лабильность артериального давления, различная вегетативная симптоматика. Выраженность стрий не зависит от степени ожирения. Даже при бурных темпах полового созревания первые признаки гирсутизма наблюдаются у девушек не ранее 14 лет.

ГА у девочек с гиперпролактинемией – появление или усугубление гирсутизма, особенно у больных с олигоменореей и аменореей, может быть обусловлено гиперпролактинемией (ГП) [4,6,16]. Секреция пролактина регулируется гипоталамусом, который вырабатывает пролактолиберин и пролактостатин (дофамин). Повышенная секреция пролактина напрямую стимулирует стероидогенез в надпочечниках. Самый ранний симптом ГП — нарушение МЦ, что является поводом для обращения пациенток к врачу. ГП встречается при опухолевых заболеваниях гипоталамуса и гипофиза, повреждении ножки гипофиза, синдроме «пустого турецкого седла», а также травмах и воспалительных процессах основания черепа [9]. Показано, что повышенный уровень пролак-

тина связан с более тяжелыми проявлениями гирсутизма и ГА-дисфункцией яичников и с более выраженной инсулинорезистентностью (ИР) [16]. До сих пор не выяснено, является ли ГП причиной или следствием ГА у части пациенток [6,16].

Синдром ГА у девочек при ожирении – примерно половина страдающих гирсутизмом имеют избыточную массу. Ожирение сопровождается развитием серьезных осложнений, включая ИР, гипергликемию, дислипидемию, артериальную гипертензию, гиперандрогенизм. Избыточное количество жировой ткани может влиять на сроки полового созревания ребенка, гормональный баланс. Гиперинсулинемия, связанная с ожирением, вносит вклад в развитие гиперандрогенемии. Возникающая при ожирении гиперинсулинемия угнетает выработку в печени ГСПГ, что приводит к увеличению свободного тестостерона плазмы. У девочек с ожирением в сочетании с преждевременным адренархе и с СПКЯ отмечаются более высокие значения ИР [16], большее снижение уровня ГСПГ и повышение концентраций андрогенов, по сравнению со сверстницами с экзогенно-конституциональным ожирением.

ГА у девочек с метаболическим синдромом – можно заметить ожирение, избыток андрогенов, дислипидемию, гипертензию, папиллярно-пигментную дистрофию кожи в области шеи, подмышек и других крупных кожных складок, СПКЯ и отсутствие МЦ.

ГА у девочек с преждевременным адренархе (ПА). ПА – это появление изолированного оволосения на лобке и/или подмышками у девочек до 8 лет (чаще в возрасте 6–8 лет) [9]. У них адренархе опережает повышение гонадотропинов примерно на 2 года [7]. ПА может быть вариантом нормы, учитывая, что созревание сетчатой зоны коры надпочечников начинается с 6 лет, в то время как секреция гонадолиберина, ответственных за начало пубертата, запускается позже. Причиной пубертатного оволосения является увеличение выработки

надпочечниками ДГЭА и ДГЭА-С, а также 4-андростендиона — предшественников тестостерона, которые стимулируют лобковое и подмышечное оволосение. У девочек с ПА может быть связано с избыточной периферической конверсией тестостерона в дигидротестостерон (повышенная активность 5 α -редуктазы). При отсутствии других признаков андрогенизации организма — ускорения роста, созревания скелета, допубертатных размеров матки и яичников, нормальных показателей тестостерона и умеренно увеличенных показателей ДГЭА и ДГЭА-сульфата, прогноз благоприятный и половое развитие не отклоняется от нормы [12]. Однако у некоторых детей ПА может быть спровоцировано избыточной продукцией АКТГ (при гидроцефалии, менингитах и др.). Появились доказательства связи ПА с неклассическими формами ВДКН, в частности, с дефицитом активности фермента 21-гидроксилазы и реже - 3 β -гидроксистероиддегидрогеназы. Девочки с преждевременным адренархе должны находиться в группе риска по развитию СПКЯ. Этой группе больных требуется корригирующая терапия глюкокортикоидами [13].

Идиопатический гирсутизм.

Особенностью клинических проявления синдрома ГА в детском и подростковом возрасте является отчетливая последовательность и стадийность проявления основного признака – гирсутизма. Под гирсутизмом понимают чрезмерный рост волос по мужскому типу у лиц женского пола, т. е. появление волос на верхней губе, подбородке, в области грудины, верхней части спины, срединной линии живота, на крестце, ягодицах, внутренней поверхности бедер. Гирсутизм, угревая сыпь, себорея, выпадение волос на голове могут стать первыми и порой единственными ранними диагностическими признаками синдрома ГА. При гирсутизме важную роль играет периферический метаболизм андрогенов с повышенной реакцией рецепторов клеток волосяных фолликулов даже на нормальный уровень андрогенов [3,14]. Клетки сальных желез и волосяных

фолликулов себорейных / андрогензависимых зон кожи имеют большее количество андрогеновых рецепторов, по сравнению с другими областями кожи [14]. У некоторых подростков с синдромом ГА нет гирсутизма, а есть другие ГА-дерматопатии, такие как себорея, акне, андрогенетическое выпадение волос. Часто симптомы ГА дебютируют жирной себореей. Она начинается с того, что сальные железы кожи, преимущественно головы и шеи, начинают усиленно продуцировать секрет. Кожа становится блестящей, лоснящейся из-за чрезмерного выделения кожного сала. Часто происходит закупорка протоков сальных желез, формируются открытые (черные точки) и закрытые комедоны, угри, активизируется бактериальная инфекция – *Propionibacterium acnes*. Практически у всех пациенток наблюдаются нарушения МЦ, они становятся нерегулярными, задержки чередуются с олигоменореей, снижается либидо. Гирсутизм — это не только признак ГА, наиболее яркий и «броский», когда речь идет о диагностике, но и фактор, более всего травмирующий психику пациентки. Разработанная шкала Ферримана-Голлвея позволяет в течение минуты оценить в баллах степень тяжести гирсутизма. По шкале легко подсчитать показатель т.н. гормонального числа (4-х балльная оценка в 9 андроген-зависимых зонах). Оно отражает андрогенную насыщенность пациентки, как правило, намного точнее, чем показатель концентрации тестостерона в сыворотке крови. Известно, что последний, даже при выраженной патологии, может оставаться в пределах референтной нормы (за счет снижения уровня биологически неактивной фракции ГСПГ). Именно свободная фракция тестостерона и определяет тяжесть процесса, поэтому на практике гормональный балл оценки гирсутизма вполне может рассматриваться в качестве надежного «зеркала» ГА [9].

Андрогенетическая алопеция — надежный диагностический маркер вирильных вариантов ГА. Как и другие типы эндокринного облысения, она носит диффузный,

а не очаговый (гнездный) характер. Но в отличие от облысения при других заболеваниях желез внутренней секреции (первичном гипотиреозе, полигландулярной недостаточности, пангипопитуитаризме и др.), андрогенетической алопеции присуща определенная динамика. Как правило, она манифестируется выпадением волос в височных областях, а затем распространяется на теменную область (париетальная алопеция, или «плешивость»).

Таким образом, кожные проявления синдрома ГА являются частыми в пубертатном возрасте, требуют своевременной диагностики, междисциплинарного взаи-

модействия и определения тактики ведения пациентов. Формирование синдрома ГА, нередко воспринимающегося у детей и подростков как эстетическая проблема, отражают высокий риск возникновения репродуктивных расстройств, вплоть до бесплодия, серьезных метаболических нарушений в детородном возрасте, влияют на социальную адаптацию подростка в обществе. Все дети и подростки с клиническими симптомами ГА должны динамически наблюдаться специалистами: дерматологом, детским или подростковым гинекологом, эндокринологом, педиатром и психологом.

Список литературы

1. Адамян, Л.В. Особенности диагностики и лечения синдрома поликистозных яичников у девочек-подростков (аналитический обзор) [Текст]/ Л.В. Адамян [и др.]// Репродуктивное здоровье детей и подростков. – 2014. – № 3. – С. 16–23.
2. Богатырева, Е.М. Фенотипы и эндотипы синдрома гиперандрогении у девочек-подростков [Текст]/ Е.М. Богатырева, Г.А. Новик, Г.Ф. Кутушева // Лечащий врач. – 2016. – № 2. – С. 70.
3. Богданова, Е.А. Гирсутизм у девочек и молодых женщин [Текст]/ Е.А. Богданова, А.В.Телуни, – М.: Медпрессинформ, 2002. – С. 128–134.
4. Журтова, И.Б. Синдром гиперпролактинемии у детей и подростков. Оптимизация методов диагностики и лечения: автореф. дисс. д.мед.н. – М., 2012. – 24 с.
5. Коколина, В.Ф. Гинекологическая эндокринология детей и подростков [Текст]/В.Ф. Коколина.– М.: Медицинское информационное агентство, 2001. – 287 с.
6. Московкина, А.В. Синдром гиперандрогении: проявления и гормональный статус у девочек-подростков [Текст]/А.В. Московкина, Н.В. Болотова, С.В. Лазебникова, А.П.Аверьянов// Детская больница. – 2013. – № 2. – С. 34–39.
7. Петеркова, В.А. Преждевременное половое развитие. Клиника, диагностика, лечение: Пособие для врачей [Текст]/В.А. Петеркова, Т.В. Семичева, С.К. Горельишев, Ю.В. Лозовая.– М., 2013. – 40 с.
8. Проценко, Т.В. Акне: от теории к практическим рекомендациям [Текст]/Т.В. Проценко//Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2019. – №4 (26). – С.62-67.
9. Рагимова, З.Э. Междисциплинарные аспекты андрогензависимой дерматопатии (обзор литературы) [Текст]/З.Э. Рагимова, М. Каиль-Горячкина// Consilium Medicum. Дерматология. – 2016. – №3. – С. 56–62.
10. Серов, В.Н. Нейроэндокринные синдромы с нарушением репродуктивной функции: вопросы клиники и патогенеза [Текст]/В.Н. Серов, Л.Г. Тумилович, Т.И.Рубченко // Акуш. и гинек. – 1985. – № 2. – С. 10-14.
11. Сибирская, Е. В. Синдром поликистозных яичников у юных пациенток (обзор литературы) [Текст]/ Е.В. Сибирская, И.Е. Колтунов, А.А. Плошкина // Лечащий врач. – 2017. – № 12 (декабрь). www.lvrach.ru
12. Смирнов, В.В. Гирсутизм у девочек и подростков [Текст]/В.В. Смирнов, А.А. Накула // Лечащий врач. –2017. – № 3 / www.lvrach.ru
13. Уварова, Е.В. Детская и подростковая гинекология [Текст]/Е.В. Уварова.– М.: Медицина, 2009. – С. 249 – 268.

14. Чайка, В.К. Гинекологическая эндокринология девочек и девушек: Руководство для врачей [Текст]/В.К. Чайка, Л.А. Матыцина. – Донецк: ООО «Лебедь», 2004. – С.49 – 53, 67-73.
15. Tuzcu, A. Is hyperprolactinemia associated with insulin resistance in nonobese patients with polycystic ovary syndrome?[Text]/A. Tuzcu, M. Bahceci M. et al. // J. Endocrinol. Invest. – 2003. – № 26. – P. 655–659.

Protsenko O.A., Konysheva N.V.

AESTHETIC ASPECTS OF HYPERANDROGENIC SYNDROME IN GIRLS AND ADOLESCENT GIRLS

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

Presented are the cutaneous manifestations of the hyperandrogenic syndrome in girls of various ages. Clinical aspects of dermatological and aesthetic changes in the skin and its appendages in hyper-androgenism of various origins, the tactics of managing such patients by specialists of various profiles are discussed.

Key words: *hyperandrogenism, girls, adolescent girls, skin manifestations.*

Проценко Т.В.

ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ ВЕДЕНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ

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

Резюме

Представлены этапы диагностического и лечебного процесса в дерматологии. Вскрыты особенности опроса, осмотра и обследования дерматологических больных. Обсуждаются особенности назначения наружной и системной терапии.

Ключевые слова: *диагностический процесс, дерматология.*

Успешность диагностики и лечения заболеваний кожи во многом зависит от соблюдения принципов и особенностей обследования дерматологических больных [1,3,4].

Диагностический процесс должен быть последовательным и включать следующие этапы: опрос и анализ анамнеза; осмотр всего кожного покрова и доступных слизистых; обследование и анализ медицинской документации (принцип ООО: опрос – осмотр – обследование).

Опрос должен быть управляемым процессом, врач должен уметь и знать, какие уточняющие вопросы нужно задать больному, с учетом предполагаемого диагноза. Например, зуд, усиливающийся в ночное время, заставляет подумать о чесотке; нестерпимый мучительный зуд, уменьшающийся лишь при боли – характерен для чесухи Гайды. Уточняющие вопросы могут также способствовать выявлению патогенетических причин дерматоза. Например, появление или усиление угревой сыпи перед началом менструального цикла у девушки или женщины обуславливает необходимость соответствующего обследования (УЗИ органов малого таза) с последующей консультацией гинеколога-эндокринолога. Некоторые дерматозы характеризуются сезонностью те-

чения и обострением в определенное время года. Например, псориаз и атопический дерматит улучшаются в летнее время и обостряются в осенне-зимний период. Хроническая красная волчанка дебютирует и/или обостряется в весенне-летний период.

Опрос дерматологического больного обязательно должен включать вопросы о применяемых препаратах, длительности приема и их эффективности. Последующий анализ анамнеза может помочь разобраться, почему лечение было не эффективно. Это может быть лишь в нескольких ситуациях. Во-первых, неправильно поставленный диагноз. Например, зуд и высыпания в области шеи, расцененные как аллергический дерматит, но не проходящие при использовании топических кортикостероидных кремах, при педикулезе. Во-вторых, при неправильном применении наружного препарата. Например, дерматолог назначил крем на лицо, а пациент приобрел мазь; или рекомендовано было применять наружный препарат только вечером (адапален, или третиноин), а пациент использовал его утром и т.д. В третьих, при лекарственном взаимодействии. Например, пациент принимает внутрь витамин А, назначенный другим специалистом, и одновременно – производ-

ное витамина А внутрь (системный изотретиноин). Отсутствие эффекта и даже ухудшение кожного процесса может быть при невыявленной текущей соматической и/или инфекционной патологии (вирусных гепатитах С и В, ВИЧ-инфекции и др.). «Если на коже что-то происходит, значит в организме это кому-то выгодно». Правильно собранные жалобы и анализ анамнеза – это 50% диагноза и успешного лечения. Врач дерматолог обязательно должен выяснить, какие препараты пациент получает в настоящее время и в связи с чем. При этом нужно помнить, что пациент может сознательно скрыть информацию, или забыть, или посчитать не нужным сообщать это дерматологу. Умение находить контакт с пациентом, вызывать доверие у него, навыки коммуникативного общения являются важными компонентами эффективной лечебно-профилактической практики [5].

Вторым важным компонентом диагностической программы является осмотр пациента, который нужно проводить при дневном освещении, при этом осматривать всю кожу и доступные слизистые, какие бы жалобы пациент не предъявлял. Например, пациента беспокоит длительно не проходящая перхоть на коже головы, при осмотре обнаруживаются типичные псориазные бляшки на локтях и/или коленях и незначительное очаговое покраснение и шелушение на волосистой части головы. Оценка состояния кожи может быть хорошим диагностическим подспорьем. Например, выявление ксероза кожи, гиперлинеарности ладоней, пигментации вокруг рта и орбиты глаз у больной с хронической рецидивирующей экземой кистей позволит установить диагноз атопического дерматита.

При осмотре врач-дерматовенеролог может и должен знать, какие именно использовать диагностические тесты для постановки диагноза. Например, проба Бальцера, позволяющая выявить скрытое шелушение при отрубевидном лишае, или симптом Бенъе-Мещерского, позволяющий подтвердить хроническую дискоидную красную волчанку.

Третьим важным компонентом диагностической программы является обследование, которое необходимо как для подтверждения диагноза (например, биопсия при акантолической пузырчатке), так и для назначения последующего лечения. Обследование дерматологического больного включает как специальные дерматологические тесты, так и общеклинические и инструментальные. В сложных диагностических случаях проводится диагностическая биопсия с последующим гистологическим исследованием. При планировании биопсии должны быть четко определены диагнозы, которые гистологически будут подтверждены или исключены, потому что от этого зависит место забора материала и выбор первичного элемента сыпи. Например, при пузырчатке биопсию нужно брать только со свежего пузыря, при подозрении на кольцевидную гранулему – с краевого валика, при субкорнеальном пустулезном дерматите Снеддон-Вилькинсона – с краевой зоны, при лимфоме кожи – с места максимальной инфильтрации и т.п.

Общеклинические и инструментальные методы исследования должны быть проанализированы с учетом кожной патологии, иногда полезны сравнения анализов в динамике, для чего нужна медицинская документация. Анализ рутинных общеклинических анализов может помочь в выборе последующего обследования. Например, при эозинофилии и повышенном билирубине нужно исключить паразитарную инвазию; при лейкопении, лимфопении и повышенных трансаминазах – не пропустить вирусный гепатит С или В и т.п. Назначая любое обследование, дерматолог должен знать, для чего нужен именно этот анализ именно этому больному. Обследование не должно быть избыточным, желательно избегать инвазивных методов, «обследование не должно быть опаснее той болезни, из-за которой оно назначается». Например, при угревой болезни нецелесообразно назначать фиброгастродуоденоскопию только потому, что есть угри на лице. Но если при акне или розацеа об-

наружен демодекс, у пациента есть жалобы на изжогу и т.п., а/или у членов семьи есть язвенная болезнь желудка, то целесообразно обследовать на хеликобактерную инфекцию, но это может быть неинвазивный метод – исследование кала или дыхательный тест.

Диагностический процесс завершается постановкой развернутого клинического дерматологического диагноза и назначением лечения. Дерматолог должен обязательно проговорить с пациентом ожидаемый результат лечения и время его наступления, возможные риски осложнений и альтернативные пути лечения. Пациент от врача должен получить информацию об ограничениях во время лечения, например, обязательной контрацепции при приеме системных ретиноидов, или исключении инсоляции при приеме антибиотиков (доксциклина и др.). После этого пациент подписывает информированное согласие, которое также включает подпись врача и дату.

Особенностью ведения дерматологического больного является персонализированный подход к наружной терапии [2]. Эффективность ее зависит не только от выбора активного компонента, но и от лекарственной формы наружного препарата, с учетом семиотики сыпи, топографии патологического процесса, пола, возраста пациента и правильной оценки текущего состояния кожи. Например, назначение топических ретиноидов при акне у пациента с чувствительной кожей приведет к развитию ирритантного дерматита; назначение кортикостероидной мази на лицо ребенка при атопической экземе ухудшит процесс и т.д. Именно это определяет, почему поражения кожи должен лечить дерматолог или специалист, владеющий базовыми знаниями по дерматологии.

Наружная терапия и уход за кожей в дерматологии настолько важны, что могут отсрочить, а иногда и избежать необходимости назначения системных препаратов. Например, коррекция сухости кожи при атопическом дерматите, наружная противовоспалительная терапия в соответствии с морфологией сыпи и ее локализацией при выявлении и исключении провоцирующих факторов, могут быть достаточными для достижения терапевтического эффекта, даже без антигистаминных и других препаратов. Назначая наружные препараты, дерматолог должен оговорить с пациентом продолжительность наружной терапии, в том числе необходимость смены лекарственных форм. Например, примочки при мокнущих применяют только, пока оно есть (2-5 дней), затем переходят на пасты или кремы.

Системная терапия хронических дерматозов должна назначаться с учетом активных компонентов топических препаратов. Например, прием витамина А при наружном использовании ретиноидов будет сопровождаться покраснением и раздражением кожи. В дерматологической практике широко используют технологии физиотерапевтического лечения, которые позволяют не только повысить эффективность терапии, но и уменьшить объем медикаментозной нагрузки на больного. Например, узкополосная фототерапия с длиной волны 311 нм является стандартом лечения атопического дерматита, псориаза, витилиго и др., а ее профилактическое назначение позволяет пролонгировать продолжительность ремиссии в несколько раз.

Таким образом, несмотря на общие принципы ведения больных в клинической практике, дерматологические больные имеют свои особенности, которые необходимо учитывать в повседневной практике.

Список литературы

1. Акне и акнеформные дерматозы в практической дерматологии: от современной диагностики до эффективной терапии [Текст] / Под ред. Т.В.Проценко. – DMG, 2020. – 20 с.
2. Литус, А.И. Персонализированный подход к наружной терапии в дерматологии [Текст] / А.И. Литус, Т.В.Проценко, Я.Н. Юрчик [и др.]. – Киев, 2020. – 70 с.
3. Павленко, В.И. Реализация компетентностного подхода в преподавании курса «Общая и неорганическая химия» на медико-фармацевтическом факультете медицинского вуза [Текст] / В.И. Павленко, М. С. Сидун, А. И. Лаврова // Университетская Клиника. – 2019 (приложение). – С.313.
4. Проценко, Т.В. Актуальные аспекты формирования клинического мышления у молодых врачей [Текст] / Т.В. Проценко, О.А. Проценко // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Вып.12. – 2016. – С. 115 – 120.
5. Проценко, Т.В. Навыки коммуникативного общения в клинической практике [Текст] / Т.В. Проценко // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2018. - №2 (20). – С. 68 – 700.

Protsenko T.V.

PRINCIPLES AND FEATURES OF MANAGEMENT OF DERMATOLOGICAL PATIENTS

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

The stages of the diagnostic and treatment process in dermatology are presented. The features of examination of dermatological patients are revealed. The features of the appointment of external and systemic therapy are discussed.

Key words: *diagnostic process, dermatology.*

Белик И.Е., Романенко К.В., Ермилова Н.В.

ОПТИМИЗАЦИЯ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

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

Резюме

Проведено дистанционное обучение студентов с использованием современных образовательных и информационных технологий. Разработана анкета по вопросам удовлетворённости качеством дистанционного обучения с целью оптимизации педагогического процесса в условиях дистанционного изучения клинической дисциплины.

Ключевые слова: дистанционное обучение, студенты, дерматовенерология.

Подготовка квалифицированных врачей – основная задача высшего медицинского заведения (ВУЗ). Согласно учебному плану при изучении дисциплины «Дерматовенерология», учебный модуль состоит из нескольких тематических разделов: общая дерматология; инфекционная дерматология; раздел пропедевтической дерматологии (включает хронические рецидивирующие заболевания аллергической, токсико-аллергической, аутоиммунной природы, заболевания соединительной ткани, сосудов, придатков кожи и др.), раздел венерология. Учебный процесс при изучении дисциплины «Дерматовенерология» традиционно включает в себя обязательные компоненты: практические занятия, курс лекций, самостоятельную подготовку студентов к практическим занятиям, курацию больных под руководством преподавателя, работу с иллюстративным материалом с комментариями преподавателя, решение ситуационных задач, самостоятельную работу с написанием 2х учебных историй болезни по кожному и венерическому заболеванию. При необходимости студент может получить консультативную помощь преподавателя вне учебного времени.

Обучающий модуль по дисциплине «Дерматовенерология» содержит учебный материал по 60 нозологическим единицам и в последние годы состоит из 9 практических занятий и 8 лекций, для сравнения в 2010 г. учебный процесс базировался на 11 практических занятиях и 10 лекциях, а в 1990 г. цикл дерматовенерологии состоял из 19 занятий и 15 лекций. Просматривается тенденция по снижению выполняемости изучения дисциплины и несоответствие отведенного на аудиторные занятия объема рабочего времени оставшемуся неизменным тематическому плану изучения дисциплины (приблизительно соответствует таковым в вузах постсоветского пространства и дальнего зарубежья).

Использование возможностей, которые предоставляются сегодня современными информационными и коммуникационными технологиями, неизбежно ведет к модернизации учебного процесса. Дистанционное обучение (ДО), прежде всего, подразумевает создание виртуальной информационной образовательной среды, в которой непосредственно реализуется процесс обучения [2]. Также осуществляется формирование инфраструктуры,



Рисунок 1. Особенности дистанционного обучения на клинической кафедре

обеспечивающей процесс ДО и подготовки преподавателем электронных учебных материалов, адаптируются методы управления обучением и экспертизой качества образования. В процессе ДО осуществляется доставка учебных материалов, удаленный контроль знаний, сетевые коммуникации обучающихся между собой и с преподавателем в т.ч. и в виде вебинаров, on-line лекций, деловой игры [1,3].

В условиях карантинных мероприятий и осуществлении ДО перед преподавателями высшей медицинской школы сохраняются задачи подготовки врачей специалистов в соответствии с мировыми стандартами, несмотря на отсутствие возможности обучения студентов клиническим дисциплинам при работе с больными [1]. Обучение будущих врачей должно быть максимально приближено к условиям практической работы. Методологические подходы в организации учебного процесса в медицинском ВУЗе требуют объединения теоретической и практической базы для успешного овладения навыками диагностики и лечения больного. Дерматовенерология является клинической дисциплиной, в которой процесс обучения основан на демонстрации большого количества иллюстративного материала с комментариями преподавателя, а постановка диагноза в 90% случаев основана на визуализации и непосредственной работе и общении с больным (осмотр, сбор жалоб и анамнеза,

объективное обследование, определение тактики ведения пациента), что невозможно реализовать в полной мере при дистанционном обучении будущих врачей (рис.1.).

В течение двух семестров в условиях карантина преподавание на кафедре дерматовенерологии осуществлялось дистанционно в информационно-образовательной среде университета (ИОС), обучение прошли студенты 4 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов. Согласно дистанционному мониторингу знаний-умений отмечено снижение успеваемости обучающихся.

С целью выявления проблемных аспектов ДО, коллектив кафедры дерматовенерологии разработал анкету, в которой отражены вопросы удовлетворённости студентов качеством образования при ДО в медицинском университете (табл.1).

В дальнейшем коллектив кафедры планирует провести опрос студентов и, основываясь на анализе результатов анкетирования студентов удовлетворённостью качеством ДО при изучении клинической дисциплины, разработать рекомендации по стимулированию личностного развития, медицинской логики и аналитического мышления студентов при изучении клинической дисциплины, сохранить уровень качества и повысить эффективность образовательного процесса.

**Анкета «Удовлетворённость студентов качеством ДО
при изучении клинической дисциплины»**

№	Вопросы анкеты оцениваются по 10-балльной шкале от 0 до 10 баллов	Балл
Удовлетворённость организацией процесса изучения дисциплины при ДО		
1	Оцените организацию доступа к методическим и учебным материалам в ИОС	
2	Оцените достаточность учебно-методических материалов в ИОС	
3	Удовлетворяет ли Вашим потребностям выделяемый объем времени на освоение методических указаний к практическим занятиям	
4	Удовлетворяет ли Вашим потребностям выделяемый объем времени на освоение лекционного материала	
5	Удовлетворяет ли Вашим потребностям выделяемый объем времени на прохождение тестового контроля	
6	Удовлетворяет ли Вас технология изучения медицинской дисциплины при ДО	
Удовлетворённость качеством изучения дисциплины при ДО		
7	Оцените успешность (качество) самостоятельной работы с методическими материалами	
8	Оцените успешность (качество) прохождения лекционного курса	
9	Оцените успешность (качество) освоения практических навыков	
10	Оцените уровень мотивации к обучению в рамках ДО	
Общая удовлетворенность:		
11	Оцените успешность учебного процесса (качество изучения клинической дисциплины) при ДО	
12	Удовлетворённость степенью объективности контроля знаний и умений при ДО	
Какую из форм учебного процесса Вы считаете наиболее приемлемой		
<input type="radio"/> Очную <input type="radio"/> Дистанционную <input type="radio"/> Очно-дистанционную		
Какая из форм общения с преподавателем при ДО наиболее приемлемая		
<input type="radio"/> Очная <input type="radio"/> Чат <input type="radio"/> Электронная почта		

Список литературы

1. Агранович, Н.В. Дистанционное обучение как современная форма обучения медицинских кадров [Текст] / Н.В. Агранович, [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 2. – С.90-92.
2. Андрюшкова, О.В. Электронное обучение в традиционном университете [Текст] / О.В. Андрюшкова, А.В. Козлова // Сб. ст. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2010. – С. 25-36.
3. Жукова, В.Ю. Преимущества и недостатки дистанционной формы обучения на примере Алтайского государственного медицинского университета [Текст] / В.Ю. Жукова, Н.М. Михеева, Ю.Ф. Лобанов // Успехи современного естествознания. – 2017. – №7. – С.127-129.

Byelik I.Y., Romanenko K.V., Ermilova N.V.

**OPTIMIZATION OF THE EDUCATIONAL PROCESS IN THE CONTEXT
OF DISTANCE LEARNING**

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

Distance learning was carried out for students using modern educational and information technologies. A questionnaire was developed on the issues of satisfaction with the quality of distance learning in order to optimize the pedagogical process in the context of distance learning of clinical discipline

Key words: *distance learning, students, dermatovenerology.*

УДК 616:378.147+378.018.43:004.9

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

ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ДИСЦИПЛИНЫ В УСЛОВИЯХ ДИСТАНЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ

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

Резюме

Цель. Повысить эффективность обучения студентов при изучении дисциплины «Дерматовенерология».

Материалы и методы. Проведено анкетирование студентов лечебного и педиатрического факультетов, проходивших дистанционное обучение с использованием современных образовательных и информационных технологий.

Результаты. Определены проблемы в обучении студентов и направления оптимизации педагогического процесса с использованием современных информационных и образовательных технологий на кафедре дерматовенерологии в условиях дистанционного обучения.

Выводы. Комплексный подход к совершенствованию обучения студентов на кафедре дерматовенерологии позволяет оптимизировать педагогический процесс в условиях дистанционного изучения дисциплины.

Ключевые слова: дистанционное обучение, студенты, дерматовенерология.

Актуальность

В условиях пандемии и осуществлении дистанционного обучения (ДО) перед преподавателями высшей медицинской школы сохраняются задачи подготовки врачей специалистов в соответствии с мировыми стандартами, несмотря на отсутствие возможности обучения студентов клиническим дисциплинам при работе с больными [1,2].

В настоящее время становится очевидным недостаточная успешность дистанционного образования в организации процесса обучения студентов на этапе додипломной подготовки врачей и первичной подготовки врачей-специалистов дерматовенерологов, поэтому сохранение качества и повышение эффективности образовательного процесса на клинической кафедре медицинского ВУЗа

является основной целью педагогического коллектива кафедры [1,3].

Материалы и методы

В течение двух семестров в условиях карантинных мероприятий преподавание на кафедре дерматовенерологии осуществлялось дистанционно в информационно-образовательной среде университета (ИОС), обучение прошли студенты 4 курса лечебного, педиатрического, медико-профилактического и стоматологического факультетов. Согласно дистанционному мониторингу знаний-умений отмечено снижение успеваемости обучающихся.

Коллектив кафедры дерматовенерологии составил перечень вопросов, согласно которому было проведено анкетирование 5 групп (50 человек) студентов педиатри-

Анкета «Удовлетворённость студентов качеством дистанционного обучения при изучении клинической дисциплины»

№	Вопросы анкеты оцениваются по 10-балльной шкале от 0 до 10 баллов	Балл
Удовлетворённость организацией процесса изучения дисциплины при ДО		
1	Оцените организацию доступа к методическим и учебным материалам в ИОС	
2	Оцените достаточность учебно-методических материалов в ИОС	
3	Удовлетворяет ли Вашим потребностям выделяемый объем времени на освоение методических указаний к практическим занятиям	
4	Удовлетворяет ли Вашим потребностям выделяемый объем времени на освоение лекционного материала	
5	Удовлетворяет ли Вашим потребностям выделяемый объем времени на прохождение тестового контроля	
6	Удовлетворяет ли Вас технология изучения медицинской дисциплины при ДО	
Удовлетворённость качеством изучения дисциплины при ДО		
7	Оцените успешность (качество) самостоятельной работы с методическими материалами	
8	Оцените успешность (качество) прохождения лекционного курса	
9	Оцените успешность (качество) освоения практических навыков	
10	Оцените уровень мотивации к обучению в рамках ДО	
Общая удовлетворенность:		
11	Оцените успешность учебного процесса (качество изучения клинической дисциплины) при ДО	
12	Удовлетворённость степенью объективности контроля знаний и умений при ДО	
Какую из форм учебного процесса Вы считаете наиболее приемлемой		
<input type="radio"/> Очную <input type="radio"/> Дистанционную <input type="radio"/> Очно-дистанционную		
Какая из форм общения с преподавателем при ДО наиболее приемлемая		
<input type="radio"/> Очная <input type="radio"/> Чат <input type="radio"/> Электронная почта		

ческого и 2 лечебного факультетов (табл.1). Вопросы анкеты оценивались по 10-балльной шкале от 0 до 10 баллов.

Полученные материалы подвергали статистической обработке по стандартным программам с использованием персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Опрос студентов о преимуществах и недостатках дистанционной формы обу-

чения выявил некоторые закономерности. Высшая оценка удовлетворенности студентов качеством ДО при изучении дисциплины «Дерматовенерология» была получена по блоку вопросов «Удовлетворённость организацией процесса изучения дисциплины при ДО»: 96% студентов выставили максимальный балл при оценивании организации доступа к методическим и учебным материалам, 82% не видят проблем в обеспечении ИОС учебно-методическими

материалами. 88% студентов удовлетворены объёмом времени, выделяемым на освоение учебно-методического и лекционного материала. Однако, 78% опрошенных студентов считает недостаточным выделяемый объём времени на прохождение текущего тестового контроля, а также 88% студентов не удовлетворяет в целом технология изучения медицинской дисциплины при ДО.

При оценивании удовлетворённости качеством изучения дисциплины при ДО, самые низкие баллы (5 баллов и ниже по 10-балльной шкале) выставлены при оценивании успешности (качества) освоения практических навыков (99% опрошенных). Необходимо отметить также низкий уровень мотивации к обучению в рамках ДО при изучении клинической дисциплины (87%).

При ответах на дополнительные вопросы о наиболее приемлемой форме обучения и общении с преподавателем в медицинском университете, подавляющее большинство студентов (98%) выбирают очную форму обучения.

Выводы

Таким образом, при существующих ещё до дистанционного обучения организационных недостатках системы обучения по дисциплине «Дерматовенерология» (существенное уменьшение и несоответствие отведенного на аудиторные занятия объёма рабочего времени тематическому плану), основными причинами снижения качества подготовки врачей при дистанционной форме обучения являются: отсутствие общения обучающегося с преподавателем непосредственно при работе с больным; невозможность реализовать теоретические знания на практике ввиду отсутствия доступа студентов к больным, диагностической аппаратуре и лабораторным подразделениям; исключение возможности наглядной демонстрации принципов доказательной медицины.

Для повышения эффективности обучения студентов при изучении дисциплины «Дерматовенерология» в условиях пандемии необходимо осуществлять комплексный подход к совершенствованию обучения студентов, сочетающий дистанционную и очную формы обучения.

Список литературы

1. Агранович, Н.В. Дистанционное обучение как современная форма обучения медицинских кадров [Текст] / Н.В. Агранович, [и др.] // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2012. – № 2. – С.90-92.
2. Андрюшкова, О.В. Электронное обучение в традиционном университете [Текст] / О.В. Андрюшкова, А.В. Козлова // Сб. ст. – Новосибирск : Изд-во НГТУ, 2010. – С. 25-36.
3. Жукова, В.Ю. Преимущества и недостатки дистанционной формы обучения на примере Алтайского государственного медицинского университета [Текст] / В.Ю. Жукова, Н.М. Михеева, Ю.Ф. Лобанов // Успехи современного естествознания. – 2017. – №7. – С.127-129.

Byelik I.Y., Romanenko K.V., Romanenko V.N., Ermilova N.V., Ivanova I.P., Davleeva M.D., Gridasova V.D.

PROBLEMS OF STUDYING CLINICAL DISCIPLINE IN CONDITIONS OF DISTANCE LEARNING

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

The aim. To increase the effectiveness of teaching students while studying the discipline «Dermatovenerology».

Materials and methods. Distance learning was carried out for students of medical and pediatric faculties using modern educational and information technologies.

Results. The problems in teaching students and directions of optimization of the pedagogical process with the use of modern information and educational technologies are identified.

Conclusions. An integrated approach to improving student education at the department of dermatovenerology allows you to optimize the pedagogical process in the context of distance learning of the discipline.

Key words: *distance learning, students, dermatovenerology.*

Проценко О. А.

ПРЕПОДАВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ МЕДИЦИНСКОГО КОНСУЛЬТИРОВАНИЯ ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ В СВЯЗИ С ИППП/ВИЧ/СПИД

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

Резюме

Приведено обоснование и представлен опыт формирования навыков медицинского консультирования дерматологических больных по вопросам ВИЧ-инфекции и сексуально трансмиссивных заболеваний на кафедре последипломного обучения врачей.

Ключевые слова: медицинское консультирование, дерматологические больные, ВИЧ-инфекция, венерические болезни.

Последипломная подготовка специалистов по дерматовенерологии должны включать новые технологии, которые появляются постоянно в клинической практике на стыке специальностей и которые могут способствовать повышению эффективности лечебно-профилактических мероприятий при ведении кожных больных.

ВИЧ – инфекции, которая давно вышла за рамки определенных уязвимых групп, сформировала новую проблему в клинической практике – проблему ВИЧ-ассоциированных заболеваний, среди которых особое место занимают поражения кожи [1,3]. Известно, что ВИЧ-ассоциированные дерматозы могут быть первым клиническим проявлением, заставляющим ВИЧ-позитивного пациента, не знающего своего ВИЧ-статуса, обращаться за медицинской помощью в кожно-венерологические кабинеты или диспансеры [5]. От умения дерматолога распознать кожные проявления ВИЧ-инфекции и навыка расположить пациента к доверительному общению, зависит возможность своевременного выявления инфицирования и прерывания «эпидемической цепочки» распространения инфек-

ции. Назначение антиретровирусной (АРВ) терапии, в свою очередь, улучшает ответную реакцию на дерматологическое лечение, способствует не только повышению эффективности терапии, но и продолжительности ремиссии дерматоза.

Тестированию на ВИЧ обязательно предшествует добровольное медицинское консультирование, которое должен уметь проводить каждый специалист, в том числе врач-дерматовенеролог [1-3]. Медицинское консультирование дает возможность пациенту принять решение о сдаче анализа и быть готовым воспринять свой серологический статус в отношении ВИЧ. При положительном результате теста на ВИЧ преимуществом консультирования является возможность предоставления эмоциональной поддержки, соответствующей медицинской помощи на ранней стадии для лечения и/или профилактики болезней, сопутствующих ВИЧ, в том числе дерматозов. Знание серологического статуса в отношении ВИЧ может также помочь принять соответствующие решения о защите себя и своих близких, в т.ч. половых партнеров от инфицирования.

До начала разработки и внедрения программ по обучению навыкам медицинского консультирования в кожно-венерологических диспансерах (КВД) в течение 2000-2005 гг. были проведены исследования с применением методов структурированного опроса, которые включали несколько этапов [2,4].

Первоначально был оценен уровень информированности и отношение к проблеме инфекций, передающихся половым путем (ИППП), ВИЧ/СПИД и ВИЧ-ассоциированных дерматозов среди 3 целевых групп:

- а) больные стационаров КВД (66 чел.);
- б) пациенты частных медицинских центров, оказывающих дерматовенерологические услуги (34 чел.);
- в) медицинский персонал (39 чел.), в том числе врачи (14 чел.), средний медицинский персонал (10 чел.), младший медицинский персонал (15 чел.).

На втором этапе был разработан дифференцированный подход к подаче информационного материала с учетом выявленных особенностей изучаемых целевых групп.

На третьем этапе работы проведено внедрение разработанного подхода в практику КВД и кафедры дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного обучения.

Критериями эффективности работы было:

- а) изменение отношения к ВИЧ-позитивным лицам, находящимся на лечении в КВД у медицинского персонала (по результатам анкетирования),
- б) повышение удельного веса пациентов КВД и частных медицинских центров, тестирующихся на ВИЧ (по результатам анализа медицинской документации),
- в) повышение уровня информированности по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД и ВИЧ-ассоциированных дерматозов у больных стационаров КВД и пациентов частных медицинских центров (по результатам анкетирования).

Проведенный предварительный анализ эпидемиологической ситуации в области показал, что в изучаемый период заболеваемость сифилисом и другими ИППП в Донецком регионе была одной из самых высоких в Украине, при этом более 70% вновь выявленных больных имели поздние заразные формы заболевания сифилиса и других ИППП. При зарегистрированных в области на тот период свыше 30 тыс. ВИЧ-позитивных лиц, половой путь передачи за предшествующие 3 года увеличился с 7% до 45%, а в некоторых районах – до 80%. В течение предшествующих 3-х лет ежемесячно среди больных КВД регистрировали 10-14 вновь выявленных случаев ВИЧ-позитивного статуса. ИППП и ВИЧ имеют одинаковые пути передачи; наружные активные проявления сифилиса и других ИППП, экссудативные проявления ВИЧ-ассоциированных дерматозов являются входными воротами и повышают риск инфицирования ВИЧ в десятки раз [2,3].

Клинико-эпидемиологический и анализ анкетирования больных показал, что в течение 2000-2003 гг. до 70% больных сифилисом получали лечение в условиях стационаров КВД. Показательным был тот факт, что 87,8% социально благополучных женщин, больных сифилисом, подозревая у себя ИППП и боясь обращаться в КВД, первоначально посещали Центры планирования семьи и женские консультации. Скрывая от врача особенности полового поведения, они не всегда получали достаточную информацию о необходимости обязательного обследования и лечения всех половых партнеров, независимо от того, является ли тот постоянным, или половые контакты периодические/случайные. У 19% из этих больных установлено повторное заражение.

При проведении опроса среди пациентов КВД выявлено, что 61% не имели достаточных знаний о путях передачи ИППП/ВИЧ и способах их профилактики. В то же время 52% пациентов практиковали достаточно рискованные формы сексуального поведения, более 2 половых партнеров в

течение года имели 41% анкетированных, анальный секс – 11%, презервативы использовали лишь 12%.

При анализе возможных путей преподнесения информации профилактической направленности отмечено, что 97% пациентов КВД и частных медицинских центров хотели бы получать информацию об ИППП/ВИЧ/СПИД, при этом пациенты медицинских центров предпочтение отдавали печатным информационным материалам, а пациенты КВД – устной форме при беседе с медицинским персоналом или в форме информационного тренинга.

Своевременное тестирование на ИППП/ВИЧ и, следовательно, раннее выявление ВИЧ-положительного статуса, ранее начало лечения зависят как от доверия представителей уязвимых групп к медицинским работникам, так и от готовности и умения медицинских работников к этой деятельности. При анкетировании последних выявлено, что 52% медицинских работников готовы проводить профилактические противоэпидемические мероприятия, но после предварительного обучения и решения организационных вопросов (помещения для индивидуальной беседы, рабочего времени, лечебной и другой производственной нагрузки).

Результаты проведенного ситуационного и эпидемиологического анализа послужили основой для разработки программы по внедрению навыков консультирования в практику КВД и педагогический процесс на кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного обучения. Последующие этапы работы были такими:

- решены организационные вопросы с главным врачом КВД о выделении помещения для кабинетов консультирования и времени проведения информационно-обучающих тренингов для медицинских работников, закреплены кураторы разделов; сотрудниками кафедры разработаны соответствующие программы;

- разработаны методики проведения информационно-обучающих тренингов по

навыкам медицинского консультирования для разных целевых групп (врачи, средний и младший медицинский персонал) с привлечение психологов (аспекты коммуникативного общения), наркологов (особенности работы с лицами, употребляющими наркотики), представителей Всеукраинской сети людей, живущих с ВИЧ (ЛЖВ);

- организован кабинет консультирования с фиксированным временем работы (помещение предоставлено частным медицинским центром, расположенным на базе КВД, врачи – сотрудники КВД и частного медицинского центра, прошедшие обучение);

- организован тренинговый центр с проведением ежемесячных тренингов с пациентами стационаров КВД по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД и ВИЧ-ассоциированных дерматозов (в виде интерактивных игр) с привлечением врачей различных специальностей (эпидемиологов, гинекологов), студентов-медиков, врачей-курсантов, проходящих обучение на кафедре; психологов, социальных работников, представителей ЛЖВ.

Результатом проведенной работы было изменение отношения (повышение толерантности) к ВИЧ-положительным лицам у 93,1% анкетированных медицинских работников и готовность их к подобной работе; повышение уровня информированности по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИД у 82,5% пациентов КВД и частных медицинских центров, участвовавших в проведении тренингов, увеличение в 2,5 раза числа лиц среди пациентов КВД и частных медицинских центров, тестировавшихся на ВИЧ.

Таким образом, внедрение методов медицинского консультирования является важным составляющим звеном лечебно-профилактического процесса в условиях КВД, однако внедрению этих методов должны предшествовать ряд организационных и информационно-обучающих мероприятий, в том числе обучение врачей дерматовенерологов, проходящих повышение квалификации на кафедрах последипломного образования.

Список литературы

1. Консультирование в связи с ВИЧ/СПИД и ИППП : учебное пособие [Текст] / Т.В. Проценко, О.А. Проценко. – Донецк, 2003.- 40 с.
2. Мавров, И.И. Обоснование необходимости внедрения методов медицинского консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа в практику кожно-венерологических диспансеров [Текст] / И.И. Мавров, О.А. Проценко // *Дерматология и венерология*. – 2006. – №3 (33). – С. 91-95.
3. Основы консультирования по вопросам репродуктивного и сексуального здоровья : учебно-методическое пособие [Текст]/ Под ред. Б.М. Ворника. – Киев, 2004. – 260 с.
4. Проценко, О.А. Опыт организации работы по медицинскому консультированию по вопросам социально обусловленных заболеваний в кожно-венерологических диспансерах [Текст] / О.А. Проценко // *Укр. журнал дерматологии, венерологии, косметологии*. – 2006. – №3. – С. 100-102.
5. Проценко, О.А. ВИЧ-ассоциированные поражения кожи и слизистых [Текст] / О.А. Проценко // *Международный медицинский журнал*. – 2009. – Т.15, №3 (59). – С. 106-110.

Protsenko O. A.

TEACHING THE FEATURES OF MEDICAL CONSULTING OF DERMATOLOGICAL PATIENTS IN CONNECTION WITH STI / HIV / AIDS

*State Educational Organization of Higher Professional Education
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

Summary

The substantiation and experience of developing the skills of medical counseling of dermatological patients on HIV infection and sexually transmitted diseases at the Department of Postgraduate Training of Physicians is presented.

Key words: *medical consulting, dermatological patients, HIV infection, venereal diseases.*

Во втором полугодии 2020 г. в рамках реализации программы непрерывного последипломного образования кафедрами факультета интернатуры и последипломного образования Государственной образовательной организацией высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» под патронатом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики были проведены в дистанционном режиме одна Республиканская (согласно реестра МЗ ДНР №3-Н от 10.12.2019 г.) и одна внутривузовская междисциплинарные научно-практические конференции. Презентации докладов были размещены на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (dnmu.ru).

14 октября 2020 г. на конференции «Особенности клиники и лечения дерматологической патологии у пожилых» были представлены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Роль нарушений иммунобиологического надзора в патогенезе хронических дерматозов»; проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.И. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Паранеопластические дерматозы»; проф. Дубовой А.В., асс. Науменко Ю.В. (кафедра педиатрии) «Роль витамина Д в регуляции иммунного ответа и сохранении целостности эпидермального барьера»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Возрастные изменения придатков аппарата глаза (веки)»; проф. Домашенко О.Н., асс. Гридасова В.А. (кафедра инфекционных болезней) «Особенности поражений кожи при вирусных гепатитах В и С»; доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии)

«Поражения глаз при синдроме Лайелла»; доц. Котлубей Г.В., доц. Голубова К.Э., доц. Смирновой А.Ф. (кафедра офтальмологии) «Синдром сухого глаза (веки)»; Небесной Л.В. (Центр лабораторной медицины Биолан) «Современные возможности диагностики ВПЧ инфекции»; доц. Потапова А.А. (кафедра гигиены и экологии) «Особенности питания у лиц пожилого возраста»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности себорейного кератоза у лиц пожилого возраста»; к.мед.н. Золото Е.В. (НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО) «Роль перименопаузальной патологии в развитии хронических дерматозов»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности поздних форм сифилиса»; асп. Краснощеких А.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «О взаимосвязи розацеа с патологией щитовидной железы».

16 декабря 2020 г. совместно с Обществом молодых ученых ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО была проведена 6-я научно-практическая конференция с международным участием «Молодые дерматовенерологи – здравоохранению Донбасса». В работе конференции приняли участие специалисты из городов Донецкой и Луганской Народных Республик, Российской Федерации (гг. Москва, Ростов). На сайте университета были представлены доклады руководителей исследова-

ний: проф. Проценко О.А., проф. Проценко Т.В., проф. Волошин Р.Н. (г. Донецк, ДНР г. Ростов, РФ) «Пути формирования клинического мышления при обучении молодых специалистов»; доц. Стрельченко Ю.И., доц. Базиян-Кухто Н.К. (г. Донецк, ДНР) «О деятельности молодых ученых ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО». Подготовленные доклады молодых ученых были представлены на сайте университета, а тезисы докладов опубликованы в текущем номере журнала. Доклады студентки

Балаян Э.А. (г. Донецк, ДНР) «Влияние жевательной резинки на организм»; докторанта доц. Безуглова А.П. (г. Москва, РФ) «Позднее осложнение после введения филлеров»; асс. Боряк С.А. (г. Донецк, ДНР) «Дерматоскопические паттерны у больных атопическим дерматитом различной степени выраженности»; аспиранта Гаруст Ю.В. (г. Донецк, ДНР) «Спектр коморбидной патологии у больных хроническими дерматозами (на примере анализа 100 клинических наблюдений)»; асс. Горбенко Ал.С. (г. Донецк, ДНР) «Способ коррекции стресс-индуцированных расстройств у больных аллергодерматозами»; асс. Девликановой Е.Э. (г. Ростов, РФ) «Особенности поведенческих реакций при поздних акне»; аспиранта Зубаревской О.А. (г. Донецк, ДНР) «Дерматоскопические критерии гнездной алопецией»; аспиранта Киосева Н.В. (г. Донецк, ДНР) «Особенности формирования рискованных форм поведения у молодежи»; ординатора Кравцовой Л.С. (г. Донецк, ДНР) «Взаимосвязь степени выраженности мелазмы и индекса качества жизни»; аспиранта Краснощеких

А.А. (г. Донецк, ДНР) «Оценка дерматоскопических паттернов при розацеа различной степени выраженности»; соискателя к.мед.н. Милус И.Е. (г. Донецк, ДНР) «Биофизические особенности келоидов и гипертрофических рубцов кожи»; студентки Новиковой А.О. (г. Донецк, ДНР) «Влияние различных видов фототерапии на качество жизни больных псориазом»; докторанта доц. Провизиона А.Н. (г. Донецк, ДНР) «Себорейный кератоз: топографические особенности дерматоскопической картины»; студентки Проценко О.И. (г. Донецк, ДНР) «Поведенческие реакции как фактор риска формирования эстетических проблем кожи»; студентки Сердюк Е.Б. (г. Донецк, ДНР) «Влияние угревой сыпи на качество жизни женщин»; студентки Симаковой В.В. (г. Донецк, ДНР) «Трихоскопический анализ при телогеновой алопеции»; ординатора Снитко А.В. (г. Ростов, РФ) «Комплексная терапия витилиго методом ПУВА в сочетании с мелагенином и плацентолем»; студентки Чучиной А.А. (г. Донецк, ДНР) «Дерматологический индекс качества жизни у лиц с акне».

Материал подготовила проф. Проценко Т.В.



*Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики
Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»
Общество молодых ученых ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО*

**6-Я НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ
«МОЛОДЫЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИ –
ЗДРАВООХРАНЕНИЮ ДОНБАССА»**

*(реестр Республиканских научно-практических конференций 2020 г.,
приказ МЗ ДНР №3/Н от 10.12.2019 г)*

Балаян Э.А.

ВЛИЯНИЕ ЖЕВАТЕЛЬНОЙ РЕЗИНКИ НА ОРГАНИЗМ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра медицинской биологии (зав.каф. доц. Степанова М.Г.)

Научный руководитель – к.мед.н. старший преподаватель Мехова Г.А.

Цель исследования. Изучить положительные и отрицательные свойства жевательной резинки (ЖР), оказывающие влияние на организм.

Материалы и методы исследования. Изучены и проанализированы данные отечественной, зарубежной литературы и интернет источников, касающихся влияния ЖР на юный организм. Проведен анализ данных анкетирования 200 учащихся 5-11 классов МОО «Специализированная школа – Лицей информационных технологий города Енакиево».

Результаты. Проведенные ранее исследования показали, что к 10-й минуте использования ЖР, на фоне резкого увеличения объема смешанной слюны, достоверно значимо уменьшалось как общее количество лейкоцитов, так и их жизнеспособных форм,

что снижает защитные свойства слюны и способствует развитию кариеса. Анализ результатов анкетирования показал, что 68% учащихся постоянно употребляли ЖР, иногда – 6%, редко – 14% и не прибегали к использованию ЖР лишь 12% школьников. Среди любителей ЖР 80% учащихся использовали ее постоянно, не зависимо от приема пищи. Опрос учащихся выявил, что большинство из них (76%) осведомлены о негативном действии ЖР на организм человека.

Выводы. Анализ анкетирования показал, что большинство школьников бесконтрольно используют ЖР, не задумываясь о целесообразности ее применения. В состав ЖР входят вещества, большинство из которых при постоянном употреблении могут оказывать негативное влияние на формирующийся организм подростков.

Безуглый А.П.

ПОЗДНЕЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ФИЛЛЕРОВ

*Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА, РФ,
кафедра дерматовенерологии и косметологии (зав.каф. доц. Владимирова А.В.),
Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)*

Научный консультант – проф. Проценко Т.В.

Цель исследования. Описание клинического случая позднего побочного эффекта после введения филлера на основе гиалуроновой кислоты.

Материалы и методы. Проведено высокочастотное ультразвуковое исследование кожи высокого разрешения в скуловой области у пациентки с поздним осложнением после введения незарегистрированного препарата гиалуроновой кислоты. Для высокочастотного ультразвукового сканирования применяли датчики с частотой 22 и 33 МГц и разрешением 72 и 48 мкм, максимальной глубиной сканирования 30 и 8 мм соответственно. Визуализировали препарат и окружающие ткани, определяли состояние окружающих тканей.

Результаты. Клинически деформация поверхности кожи и контура мягких тканей отсутствовала. Пальпаторно слева и справа определяли малоподвижные узлы плотной консистенции на уплотненной коже в левой и правой скуловых областях. В анамнезе инъекции супрапериостально незарегистрированного препарата гиалуроновой кислоты высокой плотности, спустя 12-14 месяцев пациентка стала пальпировать уплотнения в местах введения препарата. Общий и биохимический анализ крови без особенностей. Аллергический анамнез не отяго-

щен. При высокочастотном ультразвуковом исследовании кожи высокого разрешения в подкожной жировой клетчатке в левой и правой скуловых областях визуализированы гипо-анэхогенные области, расположенные в центре каждого скана. Вокруг филлера наблюдался гиперэхогенный ободок, который соответствует соединительнотканной капсуле, сформировавшейся вокруг препарата. Окружающая ткань также была фиброзной измененной. В обеих зонах все депозиты филлера располагались значительно выше надкостницы в жировой клетчатке. Вероятно, при проведении процедуры филлер ввели недостаточно глубоко и вместо супрапериостального пространства филлер оказался в подкожной клетчатке. Верхняя часть депозита филлера могла контактировать с дермой.

Неправильная глубина введения препарата и контакт филлера, предназначенного для глубоких супрапериостальных инъекций, с дермой явились причиной формирования побочного эффекта.

Выводы. Высокочастотное ультразвуковое исследование кожи высокого разрешения позволяет проводить диагностику поздних осложнений контурной пластики, в частности инкапсуляции препаратов гиалуроновой кислоты.

Боряк С.А.

ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ ПАТТЕРНЫ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)
Научный руководитель - д.м.н., профессор Проценко Т.В.

Цель – изучить взаимосвязь выраженности различных дерматоскопических признаков и выраженности клинических симптомов атопического дерматита (АтД) при различной степени тяжести дерматоза.

Материалы и методы. Обследовано 20 больных (13 мужчин, 7 женщин) АтД в возрасте от 2 до 25 лет. Эритемато-сквамозная форма АтД была у 6 (30%) больных, эритемато-сквамозная форма с лихенификацией – у 14 (70%) больных. Степень тяжести АтД и выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD. Легкая степень тяжести дерматоза (индекс SCORAD меньше 25 баллов) была у 4 (20%) больных, средне-тяжелая (SCORAD от 25 до 50 баллов) – у 14 (70%) больных и тяжелая (индекс SCORAD больше 50 баллов) была у 2 (10%) больных. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа Heine DELTA 20+ (Германия), анализируя следующие дерматоскопические признаки (ДсП): выраженность эритемы, наличие точечных кровоизлияний как объективного критерия интенсивности зуда, соответственно активности воспалительного процесса, роговой (наличие шелушения и чешуйко-корок) и сосудистый (точечные, глыбчатые сосуды различного диаметра, линейные сосуды). Каждый из этих ДсП градируют по шкале от 0 до 3 баллов, включая промежуточные величины (0,5; 1,5 и 2,5), где 0 – отсутствие признака, 1 – слабо выраженный, 2 – умеренно выраженный, 3 – выраженный. Определяли дерматоскопический индекс (ДсИ) по степени выраженности дерматоскопических

паттернов АтД по разработанной оригинальной формуле:

$$\text{ДсИ АтД} = \frac{c + p + \varepsilon + tk}{4}$$

где с – сосудистый ДсП, р – роговой ДсП, э – ДсП выраженности эритемы, тк – ДсП точечных кровоизлияний. ДсИ от 2,5 до 3,0 соответствовал тяжелой степени выраженности симптомов АтД, от 1,5 до 2,49 – средней степени выраженности, меньше 1,5 – легкой степени выраженности.

Результаты. Комплексный анализ выраженности клинических признаков при всех клинических формах АтД в сопоставлении с различными ДсП и ДсИ позволил установить, что локальная степень выраженности ДсП не зависела от распространенности дерматоза и общей выраженности клинических симптомов по индексу SCORAD. Показана взаимосвязь степени выраженности сосудистого ДсП с остротой локальных клинических проявлений дерматоза. Отмечено, что даже при ограниченной форме АтД и индексе SCORAD менее 25 баллов, может быть высокий ДсИ в отдельных очагах АтД. Констатированы особенности ДсИ в различных топографических зонах поражения при АтД. Установлено, что даже в стадии клинической ремиссии обнаружение сосудистого ДсП является прогностически неблагоприятным фактором.

Выводы. Выявленные данные могут быть использованы для оценки эффективности терапии АтД и оптимизации реабилитационных программ.

Гаруст Ю.В.

СПЕКТР КОМОРБИДНОЙ ПАТОЛОГИИ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ (НА ПРИМЕРЕ АНАЛИЗА 100 КЛИНИЧЕСКИХ НАБЛЮДЕНИЙ)

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО
(зав.каф. проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: изучить спектр коморбидной патологии у больных хроническими дерматозами на примере анализа 100 клинических наблюдений.

Материал и методы. Проведено ретроспективное исследование 100 историй болезни больных хроническими дерматозами, получавших стационарное лечение в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере г. Донецка в период с 2018 по 2019 гг. Выборка осуществлялась методом направленного отбора. Объектом исследования стали больные хроническими дерматозами. Анализировали пол, возраст, вид дерматоза. Коморбидная патология устанавливалась на основании анамнестических данных, результатов клинического осмотра и лабораторных исследований, а также консультаций других специалистов.

Результаты. В исследование включены 62 мужчины и 38 женщин, средний возраст пациентов составил $42 \pm 17,2$ года. Больные псориазом составили 55 (55%) пациентов, экземой – 36 (36%), атопическим дерматитом – 9 (9%). При псориазе на долю лиц мужского пола приходилось 32 (58,2%) больного, женского – 23 (41,8%); при экземе – 23 (63,9%) и 13 (36,1%); при атопическом дерматите – 5(55,8%) и 4 (44,4%) больных соответ-

ственно. Сопутствующая патология была выявлена у 82 (82%) больных. Одно соматическое 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%). При проведении исследования установлено, что наибольший удельный вес сопутствующей патологии при хронических дерматозах принадлежит болезням системы кровообращения, у 75 (75%) больных, при этом у одного больного могло быть несколько видов патологии. Так, ишемической болезнью сердца страдали 32 (32%) пациента, артериальной гипертензией – 63 (63%) пациента. Второе место занимали заболевания нервной системы, у 52 (52%) пациентов, при этом заболевания центральной нервной системы были выявлены у 38 (38%) пациентов, периферической – у 26 (26%). Заболевания эндокринной системы занимали третье место и были установлены у 44 (44%) пациентов: сахарный диабет второго типа у – 8(8%) пациентов, заболевания щитовидной железы – у 38 (38%) пациентов, метаболический синдром – у 28 (28%) пациентов, ожирение – у 11 (11%). На четвертом месте были заболевания желудочно-кишечного тракта – у 42 (42%) пациентов, среди них преобладала язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки – у 24 (22%)

пациентов, хронический холецистит – у 22 (22%), хронический панкреатит – у 14 (14%). На пятом месте были заболевания моче-выделительной системы, у 16 (16%) пациентов: мочекаменная болезнь была у 12 (12%) пациентов, хронический пиелонефрит – у 8 (8%) пациентов.

Выводы. Выявленные данные обосновывает целесообразность комплексного обследования больных хроническими дерматозами и анализ медицинской документации до начала терапии дерматоза и выборе стратегии ведения больного.

Горбенко Ал.С.

СПОСОБ КОРРЕКЦИИ СТРЕСС ИНДУЦИРОВАННЫХ РАССТРОЙСТВ У БОЛЬНЫХ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗАМИ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко О. А.

Цель: оценить эффективность разработанного комплексного метода лечения больных аллергодерматозами (АлД), проживающими в зоне локального конфликта, на основании установленной роли психопатологических и нейровегетативных нарушений в патогенезе дерматозов.

Материалы и методы. Обследование проведено у 164 больных АлД, наблюдавшихся в течение 2014-2019 гг. в РКДВД. Выраженность психопатологических и нейровегетативных нарушений определяли с помощью опросника SCL-90-R, САН, Спилбергера-Ханина, Вейна, Шкалы госпитальной тревоги и депрессии. В зависимости от метода лечения больные были разделены на 2 терапевтические группы. Основная группа (130 больных) получала лечение по разработанной методике, включавшей, наряду с традиционной терапией, адаптол, сегментарно-рефлекторную физиотерапию и комплекс психорелаксации. Группа сравнения (34 больных) получала только традиционную терапию. Оценивали переносимость терапии, скорость регресса клинических

проявлений дерматоза, динамику психопатологических и нейровегетативных нарушений, продолжительность ремиссии.

Результаты. Внедрение разработанного метода лечения сопровождалось хорошей переносимостью, способствовало клиническому выздоровлению у 95 (73,1%) больных, в сравнении с традиционным лечением – у 17 (50%); обеспечивало достоверную тенденцию к нормализации психопатологических показателей и нейровегетативных расстройств ($p < 0,05$), стойкую клиническую ремиссию на протяжении 2х лет наблюдения у 59 (45,4%) больных, в сравнении с традиционным лечением – у 8 (23,5%) больных.

Выводы. Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов подтвердил, что применение разработанного комплексного метода лечения больных АлД, проживающих в ЗЛК, включающий адаптол, сегментарно-рефлекторную физиотерапию и комплекс психорелаксации, хорошо переносится, обладает высокой и стойкой эффективностью.

Девликанова Е.Э.

ОСОБЕННОСТИ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ПРИ ПОЗДНИХ АКНЕ

*Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования
«Ростовский государственный медицинский университет»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии МЗ РФ (зав. каф. проф. Волошин Р.Н.)*

Научный руководитель – проф. Волошин Р.Н.

Цель – изучить особенности поведения у женщин с поздними акне.

Материал и методы исследования. Опрошены 62 женщины в возрасте от 25 до 45 лет с помощью анонимных анкет, посвященных субъективному отношению к своему здоровью.

Результаты. Показано, что у 38,8% женщин отмечен дефицит массы тела, нарушения менструального цикла было у 42,7% опрошенных, у 66% женщин было ухудшение состояния кожи, связанное с менструальным циклом. 25 % женщин справлялись с кожной проблемой самостоятельно; 40,7 % – прибегали к декоративной косметике для коррекции эстетических проблем, 65% – пользовались услугами косметолога. Неудовлетворенность состоянием своего здоровья отмечали 78,6% женщин, но при

этом лишь 15,5% проходили регулярные медицинские осмотры. 30% опрошенных страдали хроническими заболеваниями, в том числе сердечно-сосудистой системы (15,5%), эндокринной патологией (4,8%), гинекологическими заболеваниями (2,9%). При желании хорошо выглядеть, у 75,7% женщин отмечено отсутствие интереса к физическим нагрузкам и занятиям в спортивных секциях, 70,8% женщин ссылались на отсутствие времени для спорта.

Выводы. Выявлено несоответствие между желанием женщин иметь хорошую кожу и усилиями, направленными на сохранение и укрепление здоровья, что обосновывает необходимость работы по формированию здорового образа жизни и изменению отношения к своему здоровью.

Киосев Н.В.

ОСОБЕННОСТИ ФОРМИРОВАНИЯ РИСКОВЫХ ФОРМ ПОВЕДЕНИЯ У МОЛОДЕЖИ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра патологической физиологии
(вр. и.о. зав.каф. доц. Линчевская Л. П.)

Научный руководитель – проф. Игнатенко Г.А.

Цель: определение распространенности употребления психически активных веществ (ПАВ) студентами младших курсов при нарушениях и расстройствах адаптации.

Материалы и методы: проведен скрининг психического и аддиктивного статусов у 208 студентов: 136 девушек (65,4%) и 72 юноши (34,6%) 1-3 курсов ГОО ВПО ДОН НМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО в возрасте от 17 лет до 21 года. Использован клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический, психодиагностический методы, система AUDIT – подобных тестов. На основании наличия признаков психологического дистресса и сопутствующих психопатологических симптомов, обследуемый контингент распределен на 3 группы, согласно диагностическим критериям МКБ-10. Практически здоровые студенты составили группу 1. Лица с признаками нарушения адаптации вошли в группу 2. Из студентов с признаками расстройств адаптации была сформирована группа 3.

Результаты. Среди всех обследованных (n=208) выявлено 83,2% (173/208) студентов, которые имели опыт употребления ПАВ, преимущественно напитки со слабым содержанием алкоголя – пиво и табакокурение, девушки 59,6% (124/208); юноши 21,2% (44/208). Распространенность употребления ПАВ среди студентов младших курсов среди всех обследованных (n=208): доля от девушек – 85,3% (116/136), доля от юношей – 70,8% (51/72). Большая часть обследованных при

приеме различных ПАВ находились преимущественно в зоне относительно «безопасного употребления» (1-7 баллов) или «опасного употребления» (8-15 баллов), но еще без наступления вредных последствий или формирования состояний зависимости, за исключением табачной. Установлено, что у практически здоровых студентов (группа 1) и у студентов с признаками расстройств адаптации (группа 3) в структуре мотивов, побуждающих молодых людей употреблять ПАВ, в тройку доминирующих входят: на 1м месте – «Влияние друзей и компании» – 56%; субмиссивные мотивы в группе 1 и 65% соответственно в группе 2. На 2м месте у практически здоровых студентов – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» – 44%; гедонистические мотивы, у студентов с признаками расстройств адаптации – «Стремление избавиться от неприятных переживаний, мыслей, заглушить их» 56% – атарактические мотивы. На 3м месте у молодежи группы 1 – «Отсутствие внешнего контроля взрослых» – 32%; субмиссивные мотивы, у группы 3 – «Стремление к удовольствию, желание почувствовать необычные ощущения» 36% – гедонистические мотивы.

Выводы. Таким образом, в молодежной среде присутствует риск формирования зависимости и инфицирования социально – опасными болезнями, что необходимо учитывать при проведении информационно-образовательных мероприятий.

Кравцова Л.С.

ВЗАИМОСВЯЗЬ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ МЕЛАЗМЫ И ИНДЕКСА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: Изучить некоторые клинико-эпидемиологические особенности мелазмы, взаимосвязь степени ее выраженности по индексу MASI с дерматологическим индексом качества жизни DLQI

Материалы и методы: Исследование проведено у 23 женщин, в возрасте от 16-52 лет. Методом открытого анкетирования изучили некоторые поведенческие реакции (посещение солярия, длительное пребывание на солнце в летнее время), наличие солнечных ожогов в анамнезе, имеющиеся или перенесенные заболевания внутренних органов (щитовидной и молочных желез, печени, органов малого таза), использование оральных контрацептивов. Оценивали локализацию пигментаций на лице по зонам (щеки, лоб, подбородок, сочетание двух и более зон). Степень тяжести мелазмы оценивали по индексу MASI (Guerrero D., 2012). Влияние мелазмы на пациентку оценивали по индексу качества жизни DLQI (Адаскевич В. П., 2006).

Результаты. В наших наблюдениях преобладали женщины в возрасте 21-25 лет – 6 (26%), практически одинаковым было число женщин до 18 лет, в возрастных группах 18-20 лет, 26-30 лет – по 5 (21,7%) и меньше всего было лиц старше 30 лет – 2 (8,7%). При оценке времени пребывания на солнце в зависимости от возраста обратили внимание, что все включенные в исследование женщины старше 30 лет пре-

бывали на солнце свыше 2х мес.– 2 (100%) и большая часть женщин в возрастных группах до 18 лет и 26-30 лет – по 4 (80%), меньше всего длительностью пребывания на солнце в летнее время отличались женщины в возрасте 21-25 лет – 2 (33%). Ни у одной из 23 анкетированных женщин не было солнечных ожогов в анамнезе.

При опросе установлено, что заболевания щитовидной железы наиболее часто были у женщин до 18 лет и в возрастной группе 26-30 лет – по 3 (60%); среди женщин старше 30 лет – у 1 (50%); в возрастной группе 21-25 лет – 2(33,3%) и меньше всего в возрасте 18-20 лет – 1 (20%). Заболевания печени имели женщины в возрастной группе 21-30 лет – 2 (8,7%). Установлено, что заболевания органов малого таза наиболее часто были у женщин в возрасте 21-25 лет – 4(66,7%) и меньше всего в возрастной группе до 18 лет – 2 (40%). Заболевания молочной железы наблюдалось только у женщин в возрасте 18-20 лет – 1 (20%).

Оральные контрацептивы использовали только женщины до 26 лет, несколько чаще в возрастной группе 21-25 лет – 3 (50%) и в возрасте до 18 лет – 2 (40%); в возрастной группе 18-20 лет – 1(20%)

При анализе локализации мелазмы выявлено, что только на щеке она наблюдалась чаще у женщин в возрастной группе до 18 лет – 2 (40%), а также в возрастных группах 18-20 лет – 1 (20%) и 21-25 лет – 1 (16,7%). Мелазма только на лбу преоб-

ладала в возрастной группе 18-20 лет – 2 (40%), а также у женщин старше 30 лет – 2 (100%), одинаковым было число женщин в возрастных группах 18-20 лет и 26-30 лет – по 1 (20%). Мелазма в 2х и более областях наблюдалась чаще всего в возрасте 26-30 лет – 4 (80%), в то время как в возрастных группах 18-20 лет была у 1 (20%), в 21-25 лет у 1(18,7%).

Степень тяжести по индексу MASI до 0,5 баллов было у 11(47,8%), наиболее часто в возрастной группе 18-20 лет – 4 (80%); в возрастных группах 21-25 лет и старше 30 было одинаковое количество – 3 (50%) и 1(50%). Степень тяжести от 0,5-1 балла была у 6(26%), чаще у женщин в возрасте старше 30 лет – 1 (50%), в возрастных группах до 18 лет, 18-20 лет, это количество было одинаковым – 1(20%), меньше всего было в возрастной группе 21-25 лет – 1(16,7%), а также в возрасте 26-30 лет – 2(40%). Индекс MASI свыше 1 балла был

у 6 (26%), в возрастных группах до 18 лет и 26-30 лет был у одинакового количества женщин – 2(40%), в тоже время в возрасте 21-25 лет – у 2 (33,3%).

Качество жизни по индексу DLQI до 10 баллов было у 2(8,7%), в возрастных группах до 18 лет и старше 30 лет – у одинакового количества женщин – у 1(20%); от 10-15 баллов – у 18 (78,3%), наиболее часто в возрастной группе 21-25 лет – 5 (83,3%), в возрастных группах до 18 лет, 18-20 лет, 26-30 лет количество женщин было одинаковым – по 4 (80%), а также у одной из 2 женщин старше 30 лет – 1(50%); индекс качества жизни DLQI свыше 15 баллов был у 3(13%), одинаково часто в возрастных группах 18-20 лет и 26-30 лет-1(20%), меньше всего в возрастной группе 21-25 лет – у 1(16,7%).

Выводы. Полученные данные могут быть использованы при оказании профилактической и косметологической помощи женщинам с мелазмой.

Краснощёких А.А.

ОЦЕНКА ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИХ ПАТТЕРНОВ ПРИ РОЗАЦЕА РАЗЛИЧНОЙ СТЕПЕНИ ВЫРАЖЕННОСТИ

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: оценить дерматоскопические паттерны при розацеа различной степени выраженности клинических проявлений.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 10 больных с розацеа, в т.ч. 6 женщин и 4 мужчин в возрасте от 24 до 60 лет с различными клиническими подтипами дерматоза, из них 6 больных с эритематозно-телеангиэктатическим подтипом (ЭТП), 3 – с папуло-пустулезным подтипом (ППП), 1 – с фиматозный подтипом (ФП) розацеа. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа DermLite DL4 (3Gen Inc., USA). Оценивали особенности, характер и степень выраженности 2-х сосудистых дерматоскопических признаков: эритемы и телеангиэктазии, выражали в баллах, где 0 баллов – признак отсутствовал, 1 балл – слабо выражен, 2 балла – умеренно выражен, 3 балла – резко выражен. Определяли количество пораженных зон лица (щека левая, правая, нос, лоб, подбородок, веки) с использованием коэффициента (К), где К 0 – пораженных зон нет, К 0,1 – одна зона поражена, К 0,2 – две зоны поражены, К 0,3 – три зоны поражены, К 0,4 – четыре и более зон поражены. Полученные данные были положены в основу разработки способа определения тяжести розацеа.

Результаты: При всех степенях тяжести розацеа присутствовали различного характера и степени выраженности сосудистый дерматоскопический паттерн. При оценке площади поражения по зонам, установлено, что у всех больных были поражены

2 и более зон лица, в т.ч. 2 зоны – у 4 (40%) больных, 3 зоны – у 5 (50%) больных, четыре и более зон – у 1 (10%) больного. При оценке сосудистого дерматоскопического паттерна степень выраженности эритемы у больных розацеа составила в среднем $2,5 \pm 0,3$ балла, телеангиэктазий – $2,6 \pm 0,2$ балла. При оценке сосудистого дерматоскопического паттерна степень выраженности эритемы у больных розацеа составила в среднем $2,5 \pm 0,3$ балла, телеангиэктазий – $2,6 \pm 0,2$ балла. При анализе подтипов розацеа установлено, что при ЭТП степень выраженности эритемы составила в среднем $1,9 \pm 0,1$ балла, телеангиэктазий – $2,0 \pm 0,2$ балла. 2 зоны были поражены у 2 (45%) больных, 3 зоны – у 2 (45%) больных, 4 и более зон – у 1 (10%) больного. При ППП степень выраженности эритемы составила в среднем $2,0 \pm 0,2$ балла, телеангиэктазий – $2,2 \pm 0,4$ балла. 2 зоны были поражены у 2 (50%) больных, 3 зоны – у 2 (50%) больных. При ФП розацеа у одного больного были поражены три зоны – нос и щеки. Степень выраженности эритемы составила 2 балла, телеангиэктазий – 1,5 балла. Применение балльной оценки позволило выявить различия в сосудистых дерматоскопических паттернах не коррелирующие со степенью выраженности ППП розацеа.

Выводы: Использование количественных индексов при оценке дерматоскопических паттернов позволяет унифицировать определение степени выраженности клинических проявлений розацеа.

Милус И.Е.

БИОФИЗИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ КЕЛОИДОВ И ГИПЕРТРОФИЧЕСКИХ РУБЦОВ КОЖИ

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР

Научный консультант – проф. Проценко Т.В.

Цель. Выделить клинические особенности и биофизические различия гипертрофических рубцов и келоидов.

Материал и методы. Под наблюдением были 42 больных, в том числе 25 – с гипертрофическими рубцами и 17 – с келоидами, из них женщин – 24, мужчин – 18, в возрасте от 16 до 52 лет. Давность рубцов варьировала от 2-х мес. до 4 лет. Проведена балльная оценка (от 0 до 3 баллов) интенсивности окраски и выраженности зуда. Биофизические параметры рубцов определяли по показателям трансэпидермальной потере влаги, сосудистого компонента, вискоэластичности с помощью многофункционального аппарата.

Результаты. Отмечено, что келоиды чаще были на лице, ушных раковинах, груди, гипертрофические рубцы – на верхних и нижних конечностях. Сравнительный анализ клинических и биофизических свойств гипертрофических рубцов и келоидов показал, что наиболее выраженные изменения наблюдали при келоидах. Так, интенсивность зуда в среднем составила $1,2 \pm 0,1$ балла, в т.ч. при гипертрофических рубцах – $0,8 \pm 0,1$ балла, при келоидах – $1,8 \pm 0,13$ балла ($p < 0,01$); интенсивность фиброза в среднем составила $1,7 \pm 0,1$ балла, в т.ч. при гипертрофических рубцах – $1,5 \pm 0,1$ балла, при келоидах – $2,1 \pm 0,1$ балла ($p < 0,05$); интенсивность окраски в среднем составила $1,7 \pm 0,1$ балла, при этом при гипертрофических рубцах – $1,5 \pm 0,1$ балла, при келоидах – $1,9 \pm 0,1$ ($p < 0,05$). Балльная оценка интенсивности окраски и выражен-

ности зуда статистически значимо была меньше с увеличением давности существования рубца ($p < 0,01$). Анализ биофизических свойств патологических рубцов показал незначительную эритему при всех их видах при давности до 6 месяцев. Обращала внимание взаимосвязь степени выраженности эритемы с длительностью существования патологического рубца, при этом такая тенденция четче прослеживалась при гипертрофических рубцов. Пигментация в области патологических рубцов была незначительной, независимо от их вида. При анализе сосудистого компонента отмечено большее количество сосудов при келоидах, чем при гипертрофических рубцах, особенно при давности рубца до 3-х месяцев. Показатель вискоэластичности был достоверно выше у келоидов, по сравнению с гипертрофическими рубцами, независимо от давности существования рубца. Повышенную трансэпидермальную потерю влаги отмечали как при гипертрофических рубцах, так и при келоидах. С увеличением длительности существования патологических рубцов различия между келоидами и гипертрофическими рубцами по биофизическим характеристикам становились менее выраженными ($p > 0,05$).

Выводы. Выявленные при помощи объективных и субъективных данных различия патологических рубцов обосновывают дифференцированный подход к их лечению с учетом вида и давности рубца, назначение комплексной и этапной терапии при келоидах и гипертрофических рубцах.

Новикова А. О.

ВЛИЯНИЕ РАЗЛИЧНЫХ ВИДОВ ФОТОТЕРАПИИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: изучить влияние фототерапии псориаза с различными длинами волн на качество жизни больных.

Материалы и методы: за период с сентября по октябрь 2020 г. проведено определение индекса качества жизни с помощью опросника «SF-36 Health Status Survey» (New England Medical Center) у 32 больных псориазом, в т.ч. 20 (62%) мужчин, 12 (38%) женщин в возрасте от 31 до 60 лет. 10 (32%) больных получали UVB-фототерапию 311 нм, 11 (34%) получали UVA-фототерапию, 11 человек (34%) больных получали общее УФО. Индекс качества жизни оценивали как «очень низкий» при наборе баллов до 37, «низкий» – при количестве баллов 37–60; «удовлетворительный» – при количестве баллов 60–100 и как «высокий» – при количестве баллов выше 100.

Результаты. Установлено, что до лечения у 5 (16%) человек был очень низкий индекс качества жизни, у 18 (56%) был низкий индекс качества жизни и у 9 (28%) человек индекс качества жизни был удовлетворительным. После лечения, наряду с различной степенью выраженности регресса псориатических высыпаний, отмечалось восстановление индекса качества жизни, а именно: ни одного человека с очень низким индексом качества жизни, 6 (19%) человек с низким

индексом, 17 (53%) человек с удовлетворительным индексом и 9 (28%) человек с высоким индексом качества жизни. При анализе в зависимости от видов фототерапии установлено, что у больных, получавших UVB-фототерапию 311 нм, до начала лечения индекс качества жизни у 1 (10%) больного был очень низкий, у 5 (50%) был низкий, а у 4 (40%) был удовлетворительный, а после лечения повысился и у 7 (70%) больных стал удовлетворительным, а у 3 (30%) больных стал высоким. У больных, получавших UVA-фототерапию, индекс качества жизни до начала лечения был у 6 (55%) низким, а у 5 (45%) удовлетворительным, а после лечения повысился и у 8 (73%) больных стал удовлетворительным, а у 3 (27%) высоким. У больных, получавших общее УФО, индекс качества жизни был у 9 (82%) низким, а у 2 (18%) удовлетворительным, а после курса фототерапии повысился и у 6 (55%) стал низким, у 3 (27%) стал удовлетворительным и у 2 (18%) повысился до высокого уровня.

Выводы. Полученные данные можно использовать при выборе фототерапии с целью формирования приверженности к конкретному виду фототерапии, а также более точно планировать и своевременно корректировать тактику лечения и профилактику рецидивов заболевания.

Проценко О.И.

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЭСТЕТИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ КОЖИ

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.),
кафедра медицинской биологии (зав. каф. доц. Степанова М.Г.)*

Научный руководитель – к.мед.н. старший преподаватель Мехова Г.А.

Цель – изучить взаимосвязь образа жизни, поведенческих реакций, состояния здоровья и кожи у девушек-студенток.

Материал и методы исследования. Методом закрытого анкетирования опрошены 103 студентки медицинского университета в возрасте от 16 до 22 лет. Анкета содержала 46 вопросов, касающихся поведенческих реакций (питание, курение, алкоголь, отношение к спорту и др.), оценке состояния кожи и здоровья.

Результаты. Показано, что неудовлетворенность состоянием кожи и своего здоровья была у 81 (78,6%) студенток, несбалансированные диеты и дефицит массы тела – у 40 (38,8%) студенток; периодическое употребление алкоголя и курение отмечали 84 (81,5%) и 6 (5,8%) студенток. Нарушения менструального цикла отмечали 44 (42,7%) анкетированных, предменструальное ухудшение состояния кожи было у 68 (66%) девушек; признавали необходимость обра-

щения к гинекологу 25 (24,2%), при этом обратились – лишь 3 (2,9%) девушек. Не находили времени для занятий спортом 73 (70,8%) девушек, в то же время 40 (38,8%) студенток более 4 часов в день проводили в социальных сетях с помощью различных гаджетов. Имея проблемы на коже (жирность и пористость кожи лица, перхоть, зуд кожи головы) 67 (65 %) девушек не видели необходимости обращаться за помощью к дерматологу, а предпочитали справляться с кожной проблемой самостоятельно; 42 (40,7%) девушек прибегала к декоративной косметике для коррекции эстетических проблем.

Выводы. Выявленные данные обосновывают необходимость последовательной информационно-образовательной работы по формированию мотивации к здоровому образу жизни и положительным поведенческим реакциям, начиная со школьного возраста.

Сердюк Е.Б.

ВЛИЯНИЕ УГРЕВОЙ СЫПИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖЕНЩИН

*Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)*

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель изучить влияние жирной кожи и угревой сыпи на дерматологический индекс качества жизни женщин.

Материалы и методы. В закрытом анкетировании приняли участие 20 женщин в возрасте от 18 до 35 лет, с жирной кожей. Испытуемым были выданы анкеты с 10 вопросами, на каждый вопрос женщины отвечали с учетом их состояние на протяжении предыдущей недели. В вопросе было 4 варианта ответа, чем более негативный вариант ответа и чем больше он влиял на качество жизни женщин, тем больше баллов он набирал. Цифровой показатель, который получали в результате анализа ответов, отражал уровень негативного воздействия состояния кожи на качество жизни женщин. У 12 – 60% женщин, помимо жирной кожи были сопутствующие заболевания (нарушения менструального цикла, эндокринологические проблемы, болезни желудочно-кишечного тракта, угревая сыпь). Дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) – разработан специалистами Уэльского университета (авторские права принадлежат AY Finlay, Gk Khan, April 1992), отражал отрицательное влияние на различные аспекты жизни (быт, учеба, работа, отношения с противоположным полом). ДИКЖ используют как критерий оценки тяжести состояния больного и критерий эффективности терапии. Качество жизни (КЖ) – это многокомпонентный показатель, который отражает степень влияние болезни на повседневную жизнь. Состояние кожи человека может быть барьером в достижении целей в личной

жизни, профессиональной сфере, сохранении здоровья. В настоящее время КЖ человека, зависит не только от отсутствия заболеваний и физических дефектов, а и соотношения полного физического, социального и психологического благополучия человека.

Результаты. Незначительное влияние жирной кожи на КЖ – было 3 (15%) женщин, средний балл: 2,3. Умеренное влияние на КЖ было у 5 (25%) женщин, их средний балл: 7,6. Сильное влияние на КЖ – 6 (30%) женщин, средний балл составил: 15,8. Чрезвычайно сильное влияние на КЖ – 6 (30%) женщин, со средним баллом: 25,1.

У 12 (60%) женщины, у которых по данным анкеты, выявлено сильное и чрезвычайно сильное влияние жирной кожи на КЖ, имели проблемы психологического и физиологического здоровья. Такие выводы были сделаны исходя из ответов на вопросы анкетирования, так как они набрали больше всего баллов в вопросах касаясь их отношений в социуме. У 5(25%) женщин из группы «умеренное влияние на КЖ» были набраны баллы на вопросах отношений в социуме, но их балл был ниже вышеописанных тестируемых.

Выводы. Исходя из вышеизложенного материала, можно сделать вывод, что женщины с жирной кожей имеют проблемы психологического и физиологического характера, что существенно снижает индекс качества жизни и это необходимо учитывать при оказании лечебной или косметологической помощи.

Симакова В.В.

ТРИХОСКОПИЧЕСКИЙ АНАЛИЗ ПРИ ТЕЛОГЕНОВОЙ АЛОПЕЦИИ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко О.А.

Цель изучить возможности метода трихоскопии в оценке эффективности лечения телогеновой алопеции.

Материал и методы исследования. Под наблюдением было 24 женщины в возрасте от 28 до 56 лет с телогеновой алопецией, разделенных в зависимости от метода терапии на две репрезентативные группы: основная (12 чел.), комплексная терапия которых включала озонотерапию и группа сравнения (12 чел.), леченных традиционно. Состояние волос и кожи волосистой части головы изучали с помощью дерматоскопа FotoFinder и трихоскопа со специальными насадками, определяли процент волос в стадии телогена, процент дистрофических волос, плотность волос в единице площади до- и после лечения.

Результаты. Показано, что процент волос в стадии телогена у больных основ-

ной группы, получавших озонотерапию, после лечения уменьшился с $21 \pm 6,2$ до $17 \pm 4,4$, в то время как в группе сравнения почти не изменился – $22 \pm 5,8$ и $21 \pm 5,6$, соответственно; процент дистрофических волос в основной группе уменьшился с $28 \pm 6,4$ до $18 \pm 4,4$, а в группе сравнения остался практически без изменений – $27 \pm 4,8$ и $27 \pm 5,4$, соответственно. Аналогичная тенденция отмечена и при оценке плотности волос в единице площади: в основной группе она увеличилась с $51,1 \pm 7,2$ до $65,4 \pm 8,1$; в группе сравнения составила $52,0 \pm 6,9$ и $52,9 \pm 6,8$ соответственно.

Выводы. Выявленные данные показывают целесообразность использования трихоскопии для объективизации результатов лечения и дальнейшего планирования лечебных мероприятий.

Снитко А.В.

КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ У БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО МЕТОДОМ ПУВА В СОЧЕТАНИИ С МЕЛАГЕНИНОМ И ПЛАЦЕНТОЛЕМ

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Ростовский государственный медицинский университет», кафедра дерматовенерологии и косметологии МЗ РФ (зав. каф. проф. Волошин Р.Н.)

Научный руководитель – проф. Волошин Р.Н.

Актуальность проблемы этиологии, патогенеза и лечения витилиго определяется, прежде всего, тем, что им страдает 1-2% населения нашей страны, а в отдельных странах заболеваемость достигает 10%. С другой стороны, распространение витилиго в популяции характеризуется отсутствием клинически и экспериментально подтвержденных представлений о механизмах его развития, а также недостаточно эффективными методами лечения, затрудняющими социально-психологическую адаптацию больных, существенно снижающими их трудовую активность.

Цель: Разработка лечения витилиго с использованием фотосенсибилизаторов на фоне ПУВА-терапии и лазеротерапии с учетом данных о патогенетическом значении циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), спектра высших жирных кислот (ВЖК), уровня тиреоидных гормонов.

Материалы и методы: Под наблюдением находилось 45 человек в возрасте от 13 до 65 лет с длительностью заболевания от нескольких месяцев до 30 лет. В зависимости от характера проводимой терапии больные были разделены на 3 группы. В 1-ую контрольную группу вошли 15 человек, получавшие только ПУВА-терапию. Во 2-ю группу включены 15 человек, получавшие ПУВА-терапию в сочетании с наружным использованием экстракта плаценты. 3-я группа – 15 человек, получали ПУВА-терапию и наружно «Меллагенин». При

распространенных формах применяли комплексное лечение: ПУВА + лазер.

Перед началом лечения все больные проходили клиническое обследование у терапевта, эндокринолога, офтальмолога, а при необходимости – у гинеколога и у других специалистов.

Результаты: Экстракт плаценты и Меллагенин повышают эффективность ПУВА-терапии: репигментация в очагах витилиго появляется раньше, она несколько устойчивее. Применение Меллагенина несколько предпочтительнее чем экстракт плаценты.

Восстановление пигментации начинается с центральной части в виде темных точек, иногда по периферии пятен в виде светло-коричневой вуали.

Наиболее эффективно лечение у лиц в возрасте от 18 до 25 лет. Быстрее восстанавливалась пигментация в области свежих пятен, медленнее и хуже на пятнах, существующих более 10 лет.

Выводы: Установлена высокая терапевтическая эффективность применения фотосенсибилизаторов на фоне ПУВА- и лазеротерапии для лечения витилиго: отмечается значительное изменение показателей уровня ЦИК, выявлены статистически достоверные отклонения в содержании Т3, Т4 и кортизола.

Доказана положительная динамика циркулирующих иммунных комплексов, что отражает целесообразность применения комплексного лечения витилиго.

Чучина В.А

ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЙ ИНДЕКС КАЧЕСТВА ЖИЗНИ У ЛИЦ С АКНЕ

Государственная образовательная организация
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,
кафедра дерматовенерологии и косметологии ФИПО (зав.каф. проф. Проценко О.А.)

Научный руководитель – проф. Проценко Т.В.

Цель: выявить особенности влияния акне на качество жизни больного в зависимости от возраста, пола и тяжести угревой болезни.

Материалы и методы: методом открытого анкетирования 150 пациентов с акне, в том числе 88 (59%) женщин и 62 (41%) мужчин в возрасте от 13 до 35 лет, с разной степенью тяжести акне, изучена первичная обращаемость в течение последнего года. Определен дерматологический индекс качества жизни (ДИКЖ) AY Finlay, Gk Kha 1994 год.

Результаты. При анализе первичной обращаемости отмечено, что из 150 пациентов 46 (31%) лиц обращались к дерматовенерологу, среди них: 9 (20%) женщин и 7 (15%) мужчин в возрасте от 13 до 18 лет; 13 (28%) женщин и 3 (6%) мужчин в возрасте от 20 до 24 лет; 11 (24%) женщин и 3 (6%) мужчин в возрасте от 30 до 35 лет. Самолечение было отмечено у 76 (51%) пациентов, среди них: 16 (21%) женщин и 16 (21%) мужчин в возрасте от 13 до 18 лет; 19 (25%) женщин и 3 (4%) мужчин в возрасте от 20 до 24 лет; 18 (23%) женщин и 4 (5%) мужчин в возрасте от 30 до 35 лет. Среднее значение ДИКЖ в целом у пациентов составило $3,6 \pm 3,5$ балла, что отражает незначи-

тельное влияние акне на качество жизни. При анализе по возрастным группам среднее значение ДИКЖ равно $2,3 \pm 4,0$ балла у лиц в возрасте от 13 до 18 лет; $5,7 \pm 6,3$ балла у лиц в возрасте от 20 до 24 лет – акне незначительно влияет на качество жизни; $1,3 \pm 0,9$ балла у лиц в возрасте от 30 до 35 лет – акне не влияет на качество жизни. При анализе в зависимости от пола среднее значение ДИКЖ равно $3,4 \pm 4,5$ балла у женщин и $2,2 \pm 4,6$ балла у мужчин – акне незначительно влияет на качество жизни. Однако при анализе в зависимости от степени тяжести акне выявлены другие тенденции среднего значения ДИКЖ: $1,6 \pm 2,6$ балла у лиц с 1 степенью тяжести акне – не влияет на качество жизни; $2,8 \pm 2,3$ балла у лиц со 2 степенью тяжести акне – незначительно влияет на качество жизни; $6,1 \pm 3,9$ балла у лиц с 3 степенью тяжести акне – умеренное влияние на качество жизни; $11,9 \pm 7,9$ балла у лиц с 4 степенью тяжести акне – очень сильное влияние на качество жизни.

Выводы. Показано, что на ДИКЖ в большей степени влияет тяжесть дерматоза, чем пол и возраст. Это обосновывает необходимость раннего начала специфической терапии акне с целью предупреждения развития обезобразующих форм дерматоза.

Требования к оформлению статей

Текст работы должен быть набран в текстовом редакторе Microsoft Word (95-2016), формат файлов *.doc или *.rtf. Рукопись должна быть тщательно проверена и отредактирована автором.

Форматирование: лист – 210×297 мм (формат А4), ориентация книжная, поля со всех сторон по 20 мм; гарнитура «Times New Roman», размер шрифта 14 пт, межстрочный интервал полуторный, абзацный отступ 125 мм.

Структура статьи:

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа

- Резюме с ключевыми словами
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме на английском языке с ключевыми словами

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

- Актуальность
- Цель работы
- Материал и методы
- Результаты и обсуждение
- Выводы.

Текст клинических наблюдений, лекций, обзоров, статей по педагогике и по истории медицины и др. могут оформляться иначе. Объем оригинальных статей не должен превышать 12 страниц, передовых, обзорных и дискуссионных статей – не более 20 страниц, наблюдений из практики от 5 страниц и рецензий – не более 3 страниц.

Буквенные обозначения и аббревиатуры. Все буквенные обозначения и аббревиатуры должны быть разъяснены только в тексте статьи. Аббревиатуры включаются в текст лишь после их первого упоминания с полной расшифровкой: например — герпетический дерматит Дюринга (ГДД). В аббревиатурах используются заглавные буквы.

Таблицы и рисунки. Таблицы должны иметь заголовки и сквозную в порядке их первого упоминания в тексте нумерацию, обозначаемую арабскими цифрами без знака номера (например, таблица 1). В тексте ссылки на таблицы даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (табл. 1.). Если таблица одна, то она не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. табл.). Заголовок таблиц должен отражать ее основное содержание. Сверху справа необходимо обозначить номер таблицы (если таблиц больше, чем одна), ниже по центру дается ее название. Сокращения слов в таблицах не допускаются. Все цифры в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Сокращения, использованные в таблице, должны быть пояснены в примечании, расположенном под ней. В десятичных дробях ставится запятая (например: 3,25; 0,5). Таблицы размещают в тексте после цитирования.

Весь **иллюстративный материал** (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками и подаются отдельными файлами. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG», «PNG» или «TIFF». Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются при каждом их упоминании в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется и в тексте делают ссылку – (см. рис.). Рисунки сопровождаются подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и при необходимости условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения

(например: по оси абсцисс – время культивирования ткани, сут., по оси ординат – активность фермента, мл/мин.).

Библиографические списки и ссылки на литературу. Список процитированной литературы (Литература) оформляют с учетом требований ГОСТ Р 7.1-2003 и с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

Резюме. Должно быть структурированным, на русском и английском языках объемом до 250 слов и включать цель, материалы и методы, результаты, выводы. В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры). При написании обзора, лекции, описании клинического случая или наблюдений из практики резюме может быть 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 статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

- Ф.И.О. (полностью).
- Место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность.
- Ученая степень.
- Ученое звание.
- Почтовый адрес (с указанием индекса).
- E-mail.
- Телефон (для связи).
- Участие автора в статье.

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

Работы принимаются редакционным советом по адресу: 83003, г. Донецк, ул. Калинина 107Б, РКДВД или в электронном варианте на e-mail: derma.kosmet@yandex.ru

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

Дата введения 01-07-2004

Библиографическое описание: новый государственный стандарт

Прежние нормы составления библиографического описания изменились в связи с введением нового государственного стандарта – ГОСТ 7.1-2003 «Библиографическая запись. Библиографическое описание. Общие требования и правила составления». Этот ГОСТ утвержден в качестве межгосударственного стандарта для стран – членов СНГ и в качестве национального для РФ. Дата его введения в действие – 1 июля 2004 г.

Таким образом, в настоящее время именно этим документом следует руководствоваться при составлении списков литературы.

Головной организацией по разработке стандарта является Российская книжная палата, Соисполнители – Российская государственная и Российская национальная библиотеки.

Книга под фамилией автора

Описание книги начинается с фамилии автора, если книга имеет авторов не более трех.

1 автор:

Петушкова, Г.И. Проектирование костюма [Текст]: учеб. для вузов / Г.И. Петушкова. - М.: Академия, 2004. - 416 с.

Борисова, Н.В. Мифопоэтика всеединства в философской прозе М.Пришвина [Текст]: учеб. - метод. пособие / Н.В. Борисова. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - 227 с.

Краснова, Т.В. Древнерусская топонимия Елецкой земли [Текст]: монография. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - 157 с.

2 автора:

Нуркова, В.В. Психология [Текст]: учеб. для вузов / В.В. Нуркова, Н.Б. Березанская. - М.: Высш. образование. - 2005. - 464 с.

Кузовлев, В.П. Философия активности учебной деятельности учащихся [Текст]: монография / В.П. Кузовлев, А.В. Музалков. - 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]: автореферат дис... канд. филолог, наук / А.К.Григорьева. - Пенза: ПТПУ, 2004.- 24 с.

Составная часть документов

Статья из...

...собрания сочинений

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

...книги, сборника

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

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

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

...продолжающегося издания

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

Борисова, Н.В. Православие и культура [Текст] / Н.В. Борисова, Т.А. Полякова // Соброр: 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.