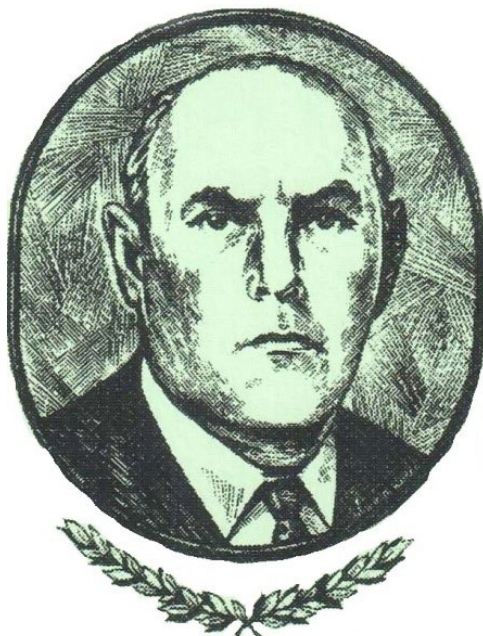


Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»



# ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

*2021 №2 (32)*

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 №3 от 25.03.2021 г.

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

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

**Свидетельство о регистрации средства массовой информации:**

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

## Содержание

---

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Провизион А.Н. Роль папилломовирусной инфекции в развитии пролифераций кожи .....	8
Романенко К.В., Боровая О.О., Ермилова Н.В., Захарова В.В. Ультразвуковое исследование кожи .....	17
Фисталь Э.Я., Иваненко А.А., Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П., Грядущая В.В. Пластические и эстетические аспекты закрытия обширных дефектов кожи и мягких тканей при критической ишемии нижних конечностей 4 степени после реконструктивно-восстановительных операций на сосудах .....	21

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Моногарова Н.Е., Проценко Т.В., Зейналова А.А., Кондратюк Р.Б., Крюк М.А., Семендяева А.В., Цирковская Е.Р., Колесникова И.А. Случай саркоидоза легких и саркомы Капоши .....	26
Проценко Т.В., Такташов И.Р., Ивнева С.В., Дричик Т.В. Особенности течения сифилиса у ВИЧ-позитивных пациентов (клинические наблюдения) .....	33

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Небесная Л.В. Диагностика коронавирусной инфекции: ответы на распространенные вопросы к специалистам лабораторной службы .....	38
--	----

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П., Костямин Ю.Д., Ляликов С.С. Основы психологии в практике педагогов высшей школы .....	47
Пацкань И.И. Психопревентивный информационный буклет «Гид первокурсника» как составляющая модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения .....	51
Проценко О.А. Общие принципы и особенности диагностики кожных заболеваний .....	57

ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ .....	60
-----------------------------	----

### ТЕЗИСЫ СИМПОЗИУМА ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ

Безуглый А.П. Высокочастотная ультразвуковая визуализация кожи в оценке инволютивных и патологических процессов в дерме .....	65
Беседина Е.И., Гринчук В.И. Лицензирование медицинской деятельности с последующим сопровождением .....	66
Власова В.Н., Мехова Г.А., Проценко О.И., Власов С.Н. Роль поведенческих реакций в сохранении эстетического здоровья .....	68
Грицкевич Н.Ю. Применение композиций на основе биосовместимых материалов в различных разделах эстетической стоматологии и медицины .....	70
Домашенко О.Н. Дерматологические аспекты гемоконтактных гепатитов .....	72
Жуков М.И., Фисталь Э.Я., Стефкивская О.В. Применение липофилинга при коррекции эстетических и ятрогенных дефектов лица и тела .....	74
Качанова Е.В. «Гомеопатическая пирамида» в коррекции трихологических проблем .....	75

## Содержание

---

Мухин И.В., Проценко Т.В., Гольченко В.М. Опыт гипокситерапии в лечении больных хроническими дерматозами .....	76
Поважная Е.С., Зубенко И.В., Терешенко И.В., Пеклун И.В. Физиотерапия в лечении рубцов .....	77
Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Шварева Т.И., Хайминов Е.М. Эстетические вопросы патомимии .....	79
Ряполова Т.Л., Бойченко А.А. Почему косметологам важны основы медицинской психологии .....	81
Снитко А.В. Комплексная терапия больных витилиго методом ПУВА в сочетании с мелагенином и экстрактом плаценты .....	84
Терещенко И.В., Зубенко И.В. Кинезиологическое тейпирование в косметологии .....	85
<b>ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ</b>	
Требования к оформлению статей .....	87
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления .....	89

## Contents

---

### LITERATURE REVIEW

- Provision A.N.** The role of human papillomavirus infection in the development of skin proliferation ..... 8
- Romanenko K.V., Borovaya O.O., Ermilova N.V., Zakharova V.V.** Ultrasonic skin research clinical cases practice observations ..... 17
- Fistal E.Y., Ivanenko A.A., Baziyan-Kuhto N.K., Kuhto A.P., Gryadushaya V.V.** Plastic and esthetic aspects of closing vast defects on skin at critical limb ischemia 4 degree after vascular plastic and reconstructive operation ..... 21

### CLINICAL CASES, PRACTICE OBSERVATIONS

- Monogarova N.E., Protsenko T.V., Zeynalova A.A., Kondratyuk R.B., Kryuk M.A., Semendyaeva A.V., Tsirkovskaya E.R., Kolesnikova I.A.** Case of pulmonary sarcoidosis and Kaposi's sarcoma ..... 26
- Protsenko T.V., Takhtashov I.R., Ivneva S.V., Drichik T.V.** Features of the course of syphilis in HIV-positive patients ..... 33

### FOR DERMATOLOGIST AND GENERAL PRACTITIONERS

- Nebesnaya L.V.** Diagnostics of coronavirus infection: answers to common questions to the specialists of the laboratory service ..... 38

### PROBLEMS OF HIGHT SCHOOL'S PEDAGOGY

- Baziyan-Kuhto N.K., Kuhto A.P., Kostyamin Yu.D., Lyalikov S.S.** Fundamentals of psychology in practice higher school teachers ..... 47
- Patskan I.I.** Psycho-preventive information booklet «The first course's guide» as a component of a model of medical and social care for young persons with adaptation disorders with experience of tobacco smoking ..... 51
- Protsenko O.A.** General principles and features in diagnostics of skin diseases ..... 57

### FOLLOWING THE CONFERENCES ..... 60

### ABSTRACTS OF AESTHETIC MEDICINE SYMPOSIUM

- Bezugly A.P.** High-frequency ultrasound imaging of the skin in the assessment of involutive and pathological processes in the dermis ..... 65
- Besedina E.I., Grinchuk V.I.** Licensing of medical activities with subsequent support ..... 66
- Vlasova V.N., Mekhova G.A., Protsenko O.I., Vlasov S.N.** The role of behavioral reactions in maintaining aesthetic health ..... 68
- Gritskevich N.Yu.** Application of compositions based on biocompatible materials in various branches of aesthetic dentistry and medicine ..... 70
- Domashenko O.N.** Dermatological aspects of blood-borne hepatitis ..... 72
- Zhukov M.I., Fistal E.Ya., Stefkivskaya O.V.** The use of lipofilling in the correction of aesthetic and iatrogenic defects of the face and body ..... 74
- Kachanova E.V.** «Homeopathic pyramid» in the correction of trichological problems ..... 75

---

<b>Mukhin I.V., Protsenko T.V., Golchenko V.M.</b> Experience of hypoxic therapy in the treatment of patients with chronic dermatoses .....	76
<b>Povazhnaya E.S., Zubenko I.V., Tereshenko I.V., Peklun I.V.</b> Physiotherapy in the treatment of scars .....	77
<b>Radionov V.G., Provision L.N., Shatilov A.V., Shvareva T.I., Khaiminov E.M.</b> Aesthetic issues of pathomimia .....	79
<b>Ryapolova T.L., Boychenko A.A.</b> Why are the basics of medical psychology important for cosmetologists ....	81
<b>Snitko A.V.</b> Complex therapy of vitiligo patients with the PUVA method in combination with melagenin and placenta extract .....	84
<b>Tereshchenko I.V., Zubenko I.V.</b> Kinesiological taping in cosmetology .....	85

#### **INFORMATION FOR AUTHORS**

Requirements for registration of articles .....	87
Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003). Bibliographic record. Bibliographic description. General requirements and rules compiling .....	89

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Перед Вами тридцать второй номер нашего журнала. А это означает, что, несмотря на непростое для всех нас время – время пандемии инфекции, которая внесла существенные ограничения в профессиональное общение и обучение, мы стараемся донести врачам новую и полезную информацию не только по дерматовенерологии, но и по другим разделам клинической медицины, необходимой практикующему специалисту.

Обзоры литературы, клинические случаи и наблюдения из практики, клинические лекции, информация в помощь практикующему специалисту на стыке специальностей – все это позволит продолжать постоянное профессиональное образование, несмотря на инфекционные ограничения.

Постоянно искать и получать новые знания и навыки – это и есть постоянный профессиональный рост, к которому должен стремиться каждый клиницист, независимо от выбранной специальности.

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

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

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

Т.В. Проценко

Провизион А.Н.

## РОЛЬ ПАПИЛОМОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ В РАЗВИТИИ ПРОЛИФЕРАЦИЙ КОЖИ

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

### Резюме

Обзор литературы, посвящен основным биологическим свойствам вируса папилломы человека, механизмам развития продуктивной и интегрированной формы инфекции. Детальное понимание этих процессов позволит оптимизировать как диагностические, так и терапевтические подходы, снизить риск рецидивов индуцированных ими пролифераций кожи и вероятность их малигнизации.

**Ключевые слова:** вирус папилломы человека, пролиферации кожи, себорейный кератоз.

---

Известно более 300 типов папиллома-вирусов, обнаруживающихся в эпителии у большинства известных высших позвоночных (млекопитающих, в том числе людей, рептилий, птиц). При этом перекрестная передача между естественными хозяевами, относящимися к разным видам, для данных вирусов не характерна. Таким образом, для человека данная инфекция является антропонозной, а резервуаром и источником (инфекции) будет либо больной с клинически выраженными формами, либо бессимптомный носитель. ВПЧ – это ДНК-содержащие эпителиотропные вирусы, способные инфицировать кератиноциты и слизистые оболочки человека. [15,17].

Вирусы папилломы человека (ВПЧ) относятся к инфекционным агентам с достоверно доказанной ролью в возникновении многообразных по клиническим проявлениям доброкачественных пролифераций кожи (аногенитальные (венерические) бородавки, себорейный кератоз (СК), фиброэпителиальные полипы (ФК) и др.) и специфических злокачественных новообразований [41]. ВПЧ 16-го и 19-го

типов связывают с развитием рака шейки матки (РШМ), полового члена, вульвы, влагалища, анального канала, полости рта, глотки, гортани и других злокачественных опухолей [24].

Геном всех типов ВПЧ состоит из восьми открытых рамок считывания (ORF), в которых выделяются 3 функциональные части:

- раннюю (Early, E) область, включающую ORF E1, E2, E4, E5, E6 и E7, необходимые вирусу для репликации и транскрипции вирусного генома, придания инфицированной клетке черт злокачественности, обладающие канцерогенным потенциалом) (табл.1);
- поздний (Late, L) участок, кодирующий структурные белки L1-L2, участвующие в сборке вирусных частиц и формировании капсида и его капсомеров;
- длинную регуляторную область (Long Control Region, LCR, или, иначе, Upstream Regulatory Region, URR) с последовательностями, ответственными за контроль репликации и транскрипции вируса [28,32].



## Влияние ранних генов ВПЧ ВКР на пролиферацию и апоптоз клеток

Ранний ген	Функция белков
E1	Управляет транскрипционной активностью белка E2
E2	Взаимодействует с промоторной областью регуляторного участка URR (upstream regulatory region) и активирует транскрипцию вирусных генов. Разные формы белка могут быть как активаторами, так и супрессорами транскрипции. Фиксирует эписомальный геном вируса к хромосомам в процессе митоза. Создает оптимальные условия для персистенции инфекции и адекватного завершения жизненного цикла вируса и разрушается при интеграции вируса в геном. Уменьшение соотношения E2/E6 коррелирует с увеличением тяжести повреждений эпителия.
E4	Кодирует белок, взаимодействующий с цитокератином, и увеличивает тем самым число новых вирусных частиц. Останавливает клеточный цикл в фазе G2, являясь, таким образом, антагонистом E7- опосредованной клеточной пролиферации. Вырабатывается на поздних стадиях жизненного цикла вируса, когда вирионы полностью сформированы в верхних слоях эпителия
E5	Увеличивает клеточную пролиферацию. Провоцирует повышение активности митогениндуцированных протеинкиназ
E6	Связывается с p53 и способствует быстрой его деградации через клеточную убиквитин- лигазу. Активирует теломеразу
E7	Связывается с белком pRb, освобождает E2F и выводит клетки в S-фазу. Взаимодействует с ингибиторами циклинзависимых киназ. Индуцирует аномальное удвоение центросом и приводит к возникновению анеуплоидии

Типы ВПЧ разделены на пять родов: Alpharapillomavirus, Betarapillomavirus, Gammaparillomavirus, Muparillomavirus и Nuparillomavirus. Распределение ВПЧ по родам, видам и типам основано на различиях в нуклеотидной последовательности наиболее постоянного участка ORF, отвечающей за кодирование структурного белка L1 (L1 ORF) [23].

ВПЧ, относящиеся к роду  $\alpha$ , инфицируют преимущественно слизистые оболочки ротовой полости и аногенитальной сферы, а также эпителий наружных половых органов, при этом все известные на сегодня канцерогенные типы ВПЧ относятся именно к этому роду. ВПЧ четырех остальных родов обычно обнаруживают на коже, а также на слизистых оболочках, не относящихся к половым органам [23].

Установлено, что канцерогенный потенциал ВПЧ коррелирует с накоплением мутаций в ранней области вирусного генома, прежде всего в генах E6 и E7, получивших поэтому название вирусных онкогенов. Активность белковых продуктов генов E6 и E7 у ВПЧ разных типов существенно различается, что и обусловило деление ВПЧ на типы низкого и высокого онкогенного риска [21].

Небольшие вирусные онкобелки E6 и E7 ВПЧ типов высокого риска могут взаимодействовать с десятками важнейших клеточных белков, нарушая их нормальное функционирование. Принято выделять способность E7 связываться с белком ретинобластомы pRb [40], способность E6 взаимодействовать с белком p53 [40]. При этом они ингибируют активность гена p53 кератиноцитов, что приводит к неконтролируемой их пролиферации за счет нарушений апоптоза и репарации и, как следствие, нестабильность их генома [2].

Характерным индикатором пролиферации является белок PCNA, выявляющийся в клетках, находящихся в процессе подготовки к делению (т.н. S-фаза клеточного цикла), иммуногистохимическими исследованиями показано, что S-фаза в непораженных клетках ВПЧ, более продолжительна чем S-фаза в нормальных кератиноцитах и составляет от 18 до 20 часов и до 16 часов соответственно. ВПЧ поражает исключительно эпителиальные клетки, его репликация происходит в базальном слое эпидермиса, тогда как экспрессия белков и непосредственная сборка вируса осуществляются в ростковой зоне, клетках шиповатого и зернистого слоев эпидермиса [9,13].

**Проявления папилломавирусной инфекции, в зависимости от таксономической принадлежности вируса [26]**

Род и вид	Тип	Клинические проявления
Alpha 1	ВПЧ 32	Более часто обнаруживаются при поражениях слизистых низкого онкогенного риска, реже – при кожных. Оральная эпителиальная гиперплазия, цервикальная интраэпителиальная неоплазия. Аногенитальные бородавки (ВПЧ 6 и ВПЧ 11). Рецидивирующий респираторный папилломатоз (ВПЧ 11 и ВПЧ 6). Бородавки мясников (кожные, ВПЧ 7). Поражения слизистых высокого онкогенного риска, в т.ч. рак шейки матки, анального канала, вульвы, влагалища, полового члена, ротоглотки. Бовеноидный папулез и болезнь Боуэна (кожные, ВПЧ 16).
Alpha 8	ВПЧ 7	
Alpha 10	ВПЧ 6 ВПЧ 11	
Alpha 13	ВПЧ 54	
Alpha 9	ВПЧ 16 ВПЧ 31	
Alpha 7	ВПЧ 18 ВПЧ 45	
Alpha 5	ВПЧ 51	
Alpha 6	ВПЧ 56	
Alpha 11	ВПЧ 34	
Alpha 3		
Alpha 14		
Alpha 2	ВПЧ 3 ВПЧ 10	Более часто обнаруживаются при кожных поражениях, реже – при слизистых низкого онкогенного риска. Плоские бородавки (Альфа 2). Обыкновенные бородавки (Альфа 4).
Alpha 4	ВПЧ 2 ВПЧ 57	
Beta 1	ВПЧ 5 ВПЧ 8	Наиболее часто вызывают кожные поражения, ДНК также обнаруживается на слизистых. Возможная роль в развитии рака кожи. Обычно ассоциированы с верруциформной эпидермодисплазией (Бета 1 и Бета 2) и иммуносупрессией у пациентов. В генеральной иммунокомпетентной популяции – бессимптомная инфекция.
Beta 2		
Beta 3		
Beta 4		
Beta 5		
Gamma 1	ВПЧ 4 ВПЧ 65 ВПЧ 60	ДНК обнаруживается на коже и слизистых здоровых людей. Вызывают поражения у пациентов с иммуносупрессией. Некоторые типы вызывают кожные поражения в общей популяции: обыкновенные бородавки, подошвенные бородавки, пятнистые бородавки (ВПЧ 4 и ВПЧ 65), эпидермоидная киста (ВПЧ 60).
Gamma 4		
Другие Gamma		
Mu 1	ВПЧ 1	Кожные поражения, особенно на ладонях и подошвах (ВПЧ 1). Предполагаемая локализация – протоки эккринных потовых желез.
Mu 2	ВПЧ 63	
Nu 1	ВПЧ 41	Выделены из кожных поражений.

Для большинства типов ВПЧ достоверно не известна основная локализация в организме, а также является ли их обнаружение проявлением латентной инфекции, микропоражением или контаминацией вирусными частицами [26].

По способности оказывать трансформирующее воздействие на клетки эпителия выделяют группы низкого (виды  $\alpha 1$ ,  $\alpha 8$ ,  $\alpha 10$  и др.) и высокого (виды  $\alpha 5$ ,  $\alpha 6$ ,  $\alpha 7$  и  $\alpha 9$ ) канцерогенного риска. К группе низкого риска

относят 6, 11, 40, 42, 43, 44, 54, 61, 72, 81 типы ВПЧ рода  $\alpha$ . Остальные типы относят к категории неустановленного риска. Генотипы 6 и 11 ответственны за возникновение 90% случаев генитальных кондилом и рецидивирующего респираторного папилломатоза [9,13].

ВПЧ рода  $\beta$  подразделены шесть родов, из которых у человека выявляется пять, при этом наиболее изученными являются три: ВПЧ рода  $\beta 1$  (типы 5, 8, 12, 14, 19, 21, 25, 36, 47),  $\beta 2$  (типы 9, 15, 17, 22, 23, 37, 38, 80) и  $\beta 3$

(типы 49, 75, 76),  $\beta 4$  (тип 92),  $\beta 5$  (тип 96), при этом типы 5 и тип 8 ассоциированы с таким редким заболеванием, как бородавчатая эпидермодисплазия [34].

Цитопатическое действие ВПЧ других родов —  $\gamma$ ,  $\mu$  и  $\nu$  может проявляться в виде доброкачественных разрастаний эпителия (папиллом, кондилом) (табл.2).

Процесс ВПЧ-инфицирования начинается в кератиноцитах базального слоя, куда вирус проникает через микротравмы и участки воспаления. Репликация и образование вирионов происходит по мере дифференцировки клеток и перемещения их в верхние слои, где вирус собирает капсид и в процессе отшелушивания высвобождаются вирионы [38].

В зараженной клетке ВПЧ может существовать в двух формах – эписомальной (вне хромосом клетки), которая считается доброкачественной формой, и интегрированной (ДНК вируса встраивается в хромосому клетки), которую определяют, как злокачественную форму паразитирования вируса [1,12]. В зависимости от внутриклеточной формы существования ВПЧ возможно развитие следующих форм инфекционного процесса:

- персистенция ВПЧ в организме (или латентное течение) – вирус существует в эписомальной форме, не вызывая патологических изменений в клетках; клинических проявлений нет, определить его существование возможно только методами, позволяющими выявлять ДНК вируса, например, методом ПЦР;
- папилломы – вирус существует в эписомальной форме, однако происходит усиленное размножение клеток базального слоя, что ведет к появлению разрастаний, которые клинически определяются как бородавки или папилломы на коже лица, конечностей, половых органов. Можно расценивать это как защитную реакцию организма, который пытается локализовать размножение вируса путем создания своеобразного «саркофага» из ороговевающих клеток;

- дисплазия (неоплазия) – вирус существует в эписомальной и интегрированной форме;
- карцинома – вирус существует в интегрированной форме; появляются атипичные клетки, свидетельствующие о злокачественности процесса (инвазивная опухоль). Наиболее частая локализация – шейка матки, хотя возможны процессы озлокачествления на любом инфицированном вирусом участке кожи и слизистой [1,15,29]. Отмечают что, такие пролиферации чаще встречаются у пациентов с дефектами иммунитета и / или у тех, у кого ранее были ВПЧ-ассоциированные опухоли. Показано, что иммуносупрессия является важным кофактором в возникновении ВПЧ-индуцированных пролифераций кожи, что подтверждается увеличением числа очагов СК после трансплантации [31].

Важными эффекторными системами для вирусных инфекций являются антитела и Т-клетки. Антитела распознают ВПЧ и зараженные вирусом клетки. Они нейтрализуют вирусные частицы и убивают инфицированные клетки посредством комплементнаправленной цитотоксичности или антителозависимой клеточной цитотоксичности. Основные белки, против которых направлены антитела, поверхностные гликопротеины или капсидные наружные белки, но антитела образуются и к внутренним, и к неструктурным белкам. Антитела связываются на поверхности клеток с вирусными гликопротеинами, снижать экспрессию вирусного генома внутри зараженной клетки [10,11,16].

Клеточный медиаторный иммунный ответ осуществляется посредством цитотоксических Т-лимфоцитов и Т-лимфоцитов хелперов. Чужеродные пептиды, состоящие из 8–10 аминокислот, образующиеся путем протеолиза вирусных белков в цитоплазме клетки, встраиваются в эндоплазматическом ретикулуме в синтез молекул главного комплекса гистосовместимости

класса I. Этот комплекс с вирусным пептидом и  $\beta 2$ -микроглобулином мигрирует на клеточную поверхность, где распознается цитотоксическими Т-лимфоцитами. Активированные Т-лимфоциты убивают ВПЧ-инфицированную клетку 2-мя путями: секреторным и мембранолитическим. В первом случае в процесс вовлекаются такие белки, как гранзимы и перфорины, а во втором – имеет место взаимодействие с рецептором фактора некроза опухоли. Кроме того, Т-клетки, экспрессирующие CD8+, контролируют размножение вируса, продуцируя цитокины. Т-клетки CD4+ также продуцируют противовирусные цитокины, вовлекаются в активацию и движение макрофагов и способствуют цитокинопомощью в образовании антител и CD8+-цитотоксического ответа. Следовательно, CD4+-клетки играют центральную роль в антивирусном иммунитете. Процесс презентации антигена с участием молекул главного комплекса гистосовместимости класса II может иметь несколько путей. Прямой путь активации представляется маловероятным, так как ранние генные белки экспрессируются в цитоплазме и ядре клетки и презентуются для молекул главного комплекса гистосовместимости класса I. Для активации молекул класса II необходимо попадание антигенов во внеклеточное пространство, что наблюдается при гибели кератиноцита. В начальной стадии процесса при доброкачественных новообразованиях кожи наблюдается отсутствие местной воспалительной реакции. Было показано, что цитокиновый профиль больных манифестными формами ВПЧ соответствует преобладанию клеточного варианта иммунного ответа на инфекцию. Преобладание цитокинов Т-хелперов 1-го типа было показано при кандиломатозе вульвы, влагалища и шейки матки, папилломатозе кожи. Наличие цитокинов этого профиля способствует спонтанной элиминации вируса [10,11,16]. Транзиторное течение латентной ВПЧ урогенитального тракта сопровождалось иммунопротективными реакциями, которые

проявляются повышением числа CD3+ Т-лимфоцитов и CD8+ цитотоксических Т-лимфоцитов, повышением уровня клеток CD4+ и CD16+ и увеличением концентрации иммуноглобулина М в сыворотке крови. [11]. У больных ВПЧ с цитологически определяемой интраэпителиальной неоплазией легкой степени преобладает гуморальный вариант иммунного ответа, являющийся предикторным фактором злокачественного перерождения тканей. Присутствие цитокинов Т-хелперного 2-го типа позволяет прогнозировать длительное рецидивирующее течение инфекционного процесса с вероятной злокачественной трансформацией тканей [10,15]. Клиникоиммунологический профиль больных папилломами кожи был изучен в работах Н.В. Кравец (Екатеринбург, 2006), И.В. Измайловой (Москва, 2005), где также была показана девиация цитокиновой регуляции с отклонениями в гуморальном звене иммунитета при различном течении ВПЧ у больных с осложненными формами поражения кожи [5,9].

Особенностью ВПЧ являются латентное течение и слабовыраженный иммунный ответ. Выделяют несколько механизмов «ускользания вируса». К одному из них относится ограничение цитолитического эффекта. Репродукция ВПЧ отличается ограничением экспрессии вирусного генома, что снижает литические потенции вируса и способствует тому, что зараженная клетка не лизируется и не распознается иммунной системой ее хозяина. Характерно отсутствие стадии виремии. Локализация ВПЧ в базальном слое кожи, который является чувствительным для вируса, определяет развитие латентной инфекции до тех пор, пока в окружении клеток не произойдут такие изменения, как повреждение, клеточная дифференциация и т. д. Механизмы перехода вируса из латентного или персистентного состояния в продуктивную инфекцию неизвестны. Считают, что основными стимулами для этого являются иммуносупрессия, гормональные изменения, стресс, повреждение

нерва, ультрафиолетовое облучение и т. д. [6,7]. Механизм сохранения генома ВПЧ в клетке связан с сохранением вирусной ДНК в виде замкнутой молекулы – плазмиды. При делении клетки происходит репликация не только своего генома, но и вирусного. Продуктивный цикл вируса папилломы встречается только в дифференцирующихся кератиноцитах; ороговевшие же клетки (в виде бородавок) содержат вирусные частицы очень долго, так как они отделены от остальных клеток соединительнотканной мембраной и недоступны для иммунного ответа хозяина. Также имеет место вмешательство в презентацию антигена: вирус не реплицируется в антигенпрезентирующих клетках иммунной системы, в результате чего последние не активируются. Уменьшение или прекращение экспрессии комплекса с участием молекул главного комплекса гистосовместимости класса I на мембране клетки происходит за счет его связи с белком E5, который удерживает комплекс в эндоплазматическом ретикулуме [30]. Белки E6 и E7 оказывают супрессорное влияние на механизмы интерфероновой защиты, наблюдается экспрессия белков, инактивирующих апоптоз цитотоксических Т-лимфоцитов. Нарушается Т-клеточное распознавание за счет супрессии клеточно-поверхностных молекул. ВПЧ не индуцирует выраженного антительного ответа. Отсроченная выработка поздних капсидных белков L1 и L2 в базальных слоях эпителия приводит к медленному антительному ответу через 3–12 месяцев от начала инфекционного процесса, к 18-му месяцу только у 50% пациентов определяются антитела в низких титрах. Антитела иммуноглобулина G L1, L2 VLPs связывают с существующей инфекцией, иммуноглобулина G E6, E7 – с излеченной инфекцией [4,6].

Учитывая тропность ВПЧ к многослойному плоскому эпителию, важное значение имеет система местной защиты. Кожные покровы и слизистые оболочки

являются механическим и функциональным барьером. В системе местной защиты принято выделять гуморальные факторы (интерфероны, интерлейкины, лизоцим, иммуноглобулины) и клеточные факторы (макрофаги, Т- и В-лимфоциты). В защите ВПЧ важная роль принадлежит мононуклеарным клеткам и клеткам Лангерганса. Эффективность их антигенпрезентирующей функции определяется уровнем экспрессии молекул адгезии и типом антигенов главного комплекса гистосовместимости, которые участвуют в презентации вирусных антигенов Т-лимфоцитами. Активация клеточного звена иммунной системы при папилломавирусной инфекции, по мнению некоторых исследователей, может выражаться как в активации лимфолиферативного ответа мононуклеарных клеток периферической крови, так и в привлечении в очаг инфекции клеток, формирующих воспалительный инфильтрат [14,18,22].

Активно изучается механизм миграции в очаг ВПЧ макрофагов и других эффекторных клеток. Имеются противоречивые данные о том, какую роль в защите организма от ВПЧ и развитии неопластических процессов играют гуморальные факторы, к числу которых относятся иммуноглобулины. В клинической практике наиболее часто используется оценка количества общих иммуноглобулинов, однако наиболее показательным представляется определение антител, специфичных по отношению к ВПЧ [15,17,34].

Таким образом, ВПЧ затрагивает многие компоненты иммунитета на системном и локальном уровнях, что обуславливает целесообразность дальнейшего изучения и анализа системных и топически ориентированных нарушений иммунной системы и цитокинового профиля, что позволит индивидуализировать схемы комплексного лечения таких больных с использованием наиболее рациональных иммунокорректирующих препаратов.

## Список литературы

1. Андосова, Л. Д. Современные представления о роли вируса папилломы человека в генезе цервикального рака (обзор) [Текст] / Л. Д. Андосова, К. Н. Конторищикова, О. В. Качалина // Медицинский альманах. – 2011. – № 5 (18). – С. 116–120.
2. Встречаемость кожных типов вируса папилломы человека в патологиях кожи [Текст] / А. Ю. Кладова [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2006. – № 9. – С. 44–50.
3. Генодиагностика ассоциации ДНК вирусов папилломы человека рода  $\beta$  с себорейным кератозом у иммуносупрессивных и иммунокомпетентных пациентов [Текст] / Л. В. Корнева [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. – Т. 18, № 2. – С. 4–7.
4. Железникова, Г. Ф. Механизмы взаимодействия возбудителя инфекции и иммунной системы хозяина [Текст] / Г. Ф. Железникова // Инфекционные болезни. – 2006. – Т. 4, № 3. – С. 69–77.
5. Измайлова И. В. Эффективность криохирургического метода лечения папилломавирусной инфекции кожи [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.11, 14.00.27 / Измайлова Ирина Валентиновна ; Воен.-мед. акад. – Москва, 2005. – 24 с.
6. Киселев, В. И. Вирусы папилломы человека в развитии рака шейки матки [Текст] / В. И. Киселев, О. И. Киселев. – Москва : Медицина, 2003. – 42 с.
7. Киселев, Ф. Л. Генетические и эпигенетические факторы прогрессии опухолей шейки матки [Текст] / Ф. Л. Киселев // Вестник РАН. – 2007. – № 11. – С. 25–32.
8. Корнева, Л. В. Молекулярная генотипическая детекция ДНК вирусов папилломы человека рода  $\beta$  в диагностике их ассоциаций с некоторыми эпителиальными неоплазиями кожи у иммуносупрессивных и иммунокомпетентных пациентов в режиме Real-Time [Текст] / Л. В. Корнева, Е. С. Снарская, Е. К. Нодельман // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2016. – Т. 19, № 5. – С. 260–265.
9. Кравец, Н. В. Клинико-иммунологические особенности папиллом кожи, ассоциированных с суперинвазивным описторхозом [Текст] / Н. В. Кравец // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2012. – № 3. – С. 4–7.
10. Кубанов, А. А. Современные подходы к лечению папилломавирусной инфекции кожи и слизистых оболочек [Текст] / А. А. Кубанов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 4. – С. 8–11.
11. Кузнецова, Ю. Н. Латентная папилломавирусная инфекция урогенитального тракта женщин, обусловленная ВПЧ 16-го и 18-го типов. Варианты течения, тактика ведения [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.11 / Кузнецова Юлия Николаевна ; Уральская гос. мед. акад. – Екатеринбург, 2003. – 24 с.
12. Папилломавирусная инфекция [Текст] : пособие для врачей / В. М. Говорун, М. М. Шкарупета, Н. И. Портнова, М. В. Байцур. – Москва : НПФ «Литех», 2009. – С. 55.
13. Пискалова, Т. П. Себорейный кератоз: клинические особенности и ассоциация с вирусом папилломы человека рода  $\beta 2$  [Текст] [Текст] / Т. П. Пискалова, Е. И. Костенко, Л. Ф. Телешева // Альманах клинической медицины. – 2017. – № 2 – С. 118–126.
14. Семенов, Д. М. Папилломавирусная инфекция (клинико-патогенетические особенности, лечение, профилактика) [Текст] / Д. М. Семенов, С. Н. Занько, Т. И. Дмитраченко. – Санкт-Петербург, 2008. – 374 с.
15. Сравнительный анализ ассоциации СК с вирусом папилломы человека у иммуносупрессивных и иммунокомпетентных пациентов [Текст] / В. А. Молочков [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2014. – №.34 – С. 52–55.
16. Ушакова, И. Г. Сравнительная оценка эффективности иммунотерапии при папилломавирусной инфекции гениталий у женщин [Текст] : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.36 / Ушакова Ирина Георгиевна ; Курский гос. мед. ун-т МЗ РФ. – Курск, 2009. – 36 с.
17. Шварц, Г. Я. Изопринозин в лечении папилломавирусной инфекции в гинекологической практике [Текст] / Г. Я. Шварц, В. Н. Прилепская, О. А. Мынбаев. – Москва : Промоушн Микс, 2011. – 84 с.
18. Akgul, B. HPV-associated skin disease [Text] / B. Akgul, J. C. Cooke, A. Storey // J. Pathol. – 2006. – Vol. 208, N 2. – P. 165–175.
19. Amani, N. A. Clinicopathological study of melanoma with reference to its possible viroaetiology [Text] / N. A. Amani, M. H. Abani, M. M. Fata // Journal of Pathology Research. – 2014. – Vol. 3, N 2. – P. 63–67.
20. Association of human papillomavirus type 16 with malignant melanoma [Text] A. Takamiyagi [et al.]

- // *Am. J. Dermatopathol.* – 1998. – Vol. 20, N 1. – P. 69–73. doi: 10.1097/00000372-199802000-00014.
21. Bodily, J. Persistence of human papillomavirus infection: key stoma lignant progression [Text] / J. Bodily, L. A. Laimins // *Trends Microbiol.* – 2011. – Vol. 19, N 1. – P. 33–39. doi: 10.1016/j.tim.2010.10.002.
22. Buchanan, J. Role of immune function in humanpapillomavirus infection [Text] / J. Buchanan, N. S. Nieland-Fisher // *Journal Amer. Med. Assoc.* – 2001. – Vol. 286, N. 10. – P. 1173–1174.
23. Classification of papillomaviruses [Text] / E. M. De Villiers [et al.] // *Virology.* – 2004. – Vol. 324. – P. 17–27.
24. Comprehensive control of human papillomavirus infection sandrelated diseases [Text] / F. X. Boschetal [et al.] // *Vaccine.* – 2013. – Vol. 31, Suppl. 7.– P. H1–31
25. Detection of alpha-and beta-human papillomavirus (HPV) incutaneous melanoma: am atchedand controlled study us ing specific multiplex PCR combined with DNA microarray primerextension [Text] / J. B. Ruer [et al.] // *Exp. Dermatol.* – 2009. – Vol. 18, N 10. – P. 857–862. doi:10.1111/j.1600-0625.2009.00866.x.
26. Egawa, N. Thelow-risk papillomaviruses [Text] / N. Egawa, J. Doorbar // *Virus Research.* – 2017. – Vol. 231. – P. 119–127.
27. Epidermodysplasia verruciformi sand cutaneous human papillomavirus DNA, but not genital human papillomavirus DNAs, are frequently detected in vulvar and vaginal melanoma [Text] / A. Rohwedder [et al.] // *Am. J. Dermatopathol.* – 2007. – Vol. 29, N 1. – P. 13–17. doi:10.1097/01.dad.0000245202.59762.09.
28. Fehrmann, F. Human papillomaviruses: targeting differentiating epithelial cells formalignant trans formation [Text] / F. Fehrmann, L. A. Laimins // *Oncogene.* – 2003. – Vol. 22. – P. 5201–5207.
29. Ferenczy, A. Persistent human papillomavirus infection and cervical neoplasia [Text] / A. Ferenczy, E. Franco // *Lancet Oncol.* – 2002. – Vol. 3, N 1. – P. 11–16.
30. Forslund, O. A broad spectrum of human papillomavirustypes is present in the skin of Australian patients withnon-melanoma skin cancers and solar keratosis [Text] / O. Forslund, H. Ly, C. Reid // *Brit. J. Dermatol.* – 2003. – Vol. 149, N. 1. – P. 64–73.
31. Gillison, M. L. Chapter 9: Role of mucosal humanpapillomavirus in nongenital cancers [Text] / M. L. Gillison, K. V. Shah // *J. Natl. Cancer Inst. Monogr.* – 2003. – Vol. 31. – P. 57–65. doi: 10.1093/oxfordjournals.jncimonographs.a003484.
32. Human papillomavirus molecular biology and disease association [Text] // J. Doorbar [et al.] // *British Journal of Dermatology.* – 2016. – Vol. 25. – P. 2–23.
33. Human papillomaviruses are commonly found innormal skin of immunocompetenthosts [Text] / G. Astori [et al.] // *J. Invest Dermatol.* – 1998. – Vol. 110, N 5. – P. 752–755. doi:10.1046/j.1523-1747.1998.00191.x.
34. IARC Monographs on the evaluation of carcinogenic risks to humans. A review of human carcinogens. Part B. Biological agents [Text]. – Lyon, 2011. – Vol. 100. – 502 p.
35. Malignant melch for human papillomaviruses [Text] / C. Miracco [et al.] // *Arch. Dermatol.* – 2001. – Vol. 137, N 6. – P. 826–827.
36. Melanoma of the vulva: a pigmented lesion is also significant in a non-sun-exposed area [Text] / S. Parara [et al.] // *Arch. Gynecol. Obstet.* – 2009. – Vol. 280, N 5. – P. 831–834. doi: 10.1007/s00404-009-1011-6.
37. Presence of high-risk mucosal human papillomavirus genotypes in primary melanoma and in acquired dysplastic melanocyt icnaevi [Text] / M. LaPlaca [et al.] *Br. J. Dermatol.* – 2005. – Vol. 152, N 5. – P. 909–914. doi: 10.1111/j.1365-2133.2005.06344.x.
38. Von Knebel-Doeberitz, M. New markers for cervical dysplasia to visualize the genomic chaos created by aberrantoncogenic papillomavirus infections [Text] / M. Von Knebel-Doeberitz // *Eur. J. Cancer.* – 2002. – Vol. 38. – P. 2229–2242.
39. Vulvar malignant melanoma associated with human papillomavirus DNA: report of two case sand review of literature [Text] / A. Rohwedder [et al.] // *Am. J. Dermatopathol.* – 2002. – Vol. 24, N 3. – P. 230–240. doi: 10.1097/00000372-200206000-00008.
40. Werness, B. A. Association of human E6 proteins with p53 [Text] / B. A. Werness, A. J. Levine, P. M. Howley // *Science.* – 1990. – Vol. 248, N 4951. – P. 76–79. doi: 10.1126/science.2157286.
41. Zur Hausen, H. The search forin factious causes of human cancers: Where andwhy [Text] / H. zur Hausen // *Virology.* – 2009. – Vol. 392. – P.1–10.

*Provizion A.N.*

### **ROLE OF PAPILOMOVIRAL INFECTION IN THE DEVELOPMENT OF SKIN PROLIFERATIONS**

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

#### **Summary**

A literature review is devoted to the main biological properties of the human papillomavirus, the mechanisms of the development of a productive and integrated form of infection. A detailed understanding of these processes will make it possible to optimize both diagnostic and therapeutic approaches, to reduce the risk of recurrence of the skin proliferations induced by them and the likelihood of their malignancy.

**Key words:** *human papillomavirus, HPV-induced skin proliferation, seborrheic keratosis.*

#### **Авторская справка**

Провизион А.Н. к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО  
ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО provik@inbox.ru  
<https://orcid.org/0000-0002-8D25-1701>



Романенко К.В.<sup>1</sup>, Боровая О.О.<sup>2</sup>, Ермилова Н.В.<sup>1</sup>, Захарова В.В.<sup>1</sup>

### УЛЬТРАЗВУКОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ КОЖИ

*1 - Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,  
2 - Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР*

#### **Резюме**

Представлены физические основы метода ультразвукового исследования кожи и возможности его использования в диагностике заболеваний кожи и мониторинга эффективности лечебно-реабилитационной тактики.

**Ключевые слова:** *ультразвуковое исследование кожи, заболевания кожи, диагностика.*

---

Наиболее популярными в дерматологии и косметологии являются оптические методы исследования – дерматоскопия, видеодерматоскопия, конфокальная микроскопия и оптическая когерентная томография, которые обладают высокой информативностью и разрешающей способностью. В силу физической природы этих методов проникновение видимого света и глубина сканирования инфракрасным излучением ограничивается эпидермисом и сосочковым слоем дермы.

С 1986 г. стала возможна разработка и внедрение в клиническую практику ультразвукового исследования кожи (УЗИ) (син.: ультразвуковое сканирование, ультразвуковая визуализация, ультрасонография, ультразвуковой мониторинг, эхография и др.) [7,12,14], как мультимодального исследования кожи *in vivo*, включающего точные изображения структуры тканей, оценки кровотока и эластичности. Визуализируется реальная микроанатомическая структура тканей, что позволяет проводить объективные прямые морфофункциональные параметры кожи (толщина эпидермиса, дермы и гиподермы, их акустическая плотность, оценка размеров, границ и структуры патологических очагов при воспалительных, атрофических, склеротических, некротиче-

ских и опухолевых процессах в коже) в режиме импульс-эхо. Ультразвуковые волны являются механическими колебаниями и поэтому изображения, получаемые при помощи ультразвука, отличаются от оптических. Отраженные волны принимаются пьезокристаллом в промежутках между зондирующими импульсами и трансформируются в электрические сигналы, которые и отражаются на экране осциллографа или монитора.

Изображение эха от одной точки входа луча называется одномерной эхограммой или А-сканограммой (от англ. «amplitude» – амплитуда). При другом, наиболее распространенном В-режиме (от англ. «brightness» – яркость), проводится двухмерное ультразвуковое сканирование кожи. При этом излучатель-приемник перемещается параллельно исследуемой поверхности и работает в режиме импульс-эхо. Система получает множество А-сканов в определенной плоскости. В-скан строится из А-сканов, где каждая точка ткани, через которую проходит ультразвуковой луч, заменяется световым пикселем, а интенсивность свечения, или цвет пикселя зависит от амплитуды сигнала, отраженного от данной точки. В-режим фактически является эхографическим изображением кожи.

Разнообразие структурных элементов кожи (клетки, волокна, гликозаминогликаны, сосуды, нервы, волосы и железы) и значительные различия в их акустической плотности позволяют дифференцировать слои тканей кожи, их компоненты.

Основой высокочастотной ультразвуковой визуализации кожи является сканирование кожи на высоких ультразвуковых частотах (от 22 до 100 МГц) и построение двух и трехмерных изображений внутренней структуры эпидермиса, дермы, гиподермы, поверхностных фасций и мышц на микроанатомическом уровне с разрешающей способностью (минимальным размером объекта) от 80 до 15 мкм (0,08-0,016 мм) [1,2,13,16-18].

Сравнительная оценка размеров патологических очагов в эпидермисе и дерме выявила сильную корреляцию между значениями, полученными на высоких звуковых частотах сканирования и гистоморфометрии кожи [12,13,17].

А.П. Безуглый и соавт. [3] приводят основные области применения ультразвукового сканирования кожи:

- изучение строения нормальной кожи и эхографических признаков старения;
- исследование первичных и вторичных элементов кожи для постановки диагноза и дифференциальной диагностики дерматозов;
- оценка эффективности проведенной фармакотерапии, физиотерапевтических и хирургических методов лечения кожи, наружной терапии в дерматологии, онкологии, косметологии и пластической хирургии;
- определение границ, объема и характера роста новообразований кожи;
- предварительная оценка состояния и анатомических особенностей кожи перед проведением высокоинтенсивных процедур (лазеры, радиочастотная терапия, фокусированный ультразвук высокой интенсивности), введение филлеров, контроль их расположения и диагностика осложнений.

Высокочастотная визуализация нашла широкое применение в дифференциальной диагностике и мониторинге дерматозов и опухолей кожи [13,16-18], а также в эстетической медицине [13]. Так, при atopическом дерматите только в остром периоде отмечено характерное появление гипоэхогенной дорожки между эпидермисом и дермой, что, по мнению авторов [11], можно рассматривать как маркер активности процесса.

При воспалительных инфильтратах инфекционной этиологии, а также при различных формах акне воспалительные изменения тканей визуализируются в виде гипоэхогенных областей различной формы, совпадающих с расположением патологических очагов [2].

В отличие от эхокартины здоровой кожи, псориатическая бляшка была представлена толстой гиперэхогенной полоской (гиперкератоз). В верхней части дермы визуализировалась гипоэхогенная ткань полосовидной формы, что, возможно, свидетельствовало о наличии инфильтрата различной степени выраженности. Динамика изменений эхокартины пораженной кожи на фоне топической терапии соответствовала клиническому регрессу псориатической бляшки [6].

При УЗИ доброкачественных новообразований кожи удается с высокой точностью определить размеры опухолей и глубину их распространения для последующего удаления опухолей [2,4,8].

При УЗИ меланомы кожи возможность измерения толщины опухоли и оценка скорости ее роста в динамике позволяет прогнозировать 5-летнюю выживаемость [15]. Следует отметить, что УЗИ кожи не позволяет определить гистологическую природу опухолей, а только помогает оценить характер роста опухоли [1,13]. Поэтому, гистологическое исследование образования и биопсия регионарного лимфатического узла для верификации диагноза является обязательным [9,15].

В косметологической практике высокочастотное УЗИ кожи позволяет проводить прямые измерения толщины дермы, которая

коррелирует с возрастом пациентов, а также выявлять индивидуальные фенотипические особенности кожи пациента [3]. По мнению авторов исследования, объективная оценка маркеров старения кожи методом высокочастотной визуализации может быть рекомендована для первичного обследования косметологических пациентов для определения степени выраженности возрастных изменений кожи.

Таким образом, наиболее важные преимущества УЗИ кожи – это неинвазивность, безболезненность и возможность применения многократно при динамическом наблюдении. Внедрение метода УЗИ кожи существенно расширяет диагностические возможности в дерматологии и косметологии, способствуют оптимизации лечебно-реабилитационной тактики [5,8,10,18].

## Список литературы

1. Ахмедова, Л.Е. Новые технологии в диагностике – ультразвуковое исследование кожи [Текст] / Л.Е. Ахмедова, А.П. Безуглый // *Вестн. восстановительной медицины*. – 2005. – № 4 (14). – С. 32-34.
2. Безуглый, А.П. Ультразвуковое исследование кожи в практике врача-косметолога [Текст] / А.П. Безуглый [и др.] // *Вестн. дерматол. венерол.* – 2011. – № 3. – С. 142-152.
3. Безуглый, А.П. Высокочастотное ультразвуковое исследование маркеров старения кожи [Текст] / А.П. Безуглый, Р.Н. Волошин, П.А. Белков // *Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения»*. – 2020. – № 1 (27). – С. 72-85.
4. Бизунова, М.А. Ультразвуковые паттерны доброкачественных образований кожи [Текст] / М.А. Бизунова, Ю.М. Крилицына // *Вестн. дерматол. венерол.* – 2017. – № 6. – С. 53-59.
5. Венидиктова, Д.Ю. Диагностические возможности комплексного ультразвукового исследования кожи [Текст] / Д.Ю. Венидиктова, А.В. Барсуков // *Смоленский мед. альманах*. – 2016. – № 5. – С. 53-56.
6. Горбенко, А.С. Ультразвуковая картина нормальной и псориазически измененной кожи [Текст] / А.С. Горбенко, А.С. Горбенко // *Торсуевские чтения: сб. научно-практических работ*. – 2015. – Вып. 9. – С. 10-13.
7. Зубенко, К.А. Ультразвуковое исследование кожи (обзор литературы) [Текст] / К.А. Зубенко, М.В. Курлович // *Радиология – практика*. – 2014. – № 6 (48). – С. 40-49.
8. Коклюшкин, И.В. Возможности сонографии в диагностике кожных новообразований [Текст] / И.В. Коклюшкин, Ю.А. Коклюшкина // *Вестн. современной клин. медицины*. – 2014. – Т. 7, № 6. – С. 26-30.
9. Кудрина, М.И. Неинвазивная диагностика новообразований кожи [Текст] / М.И. Кудрина, И.Ю. Насникова // *Рос. журнал кожн. и венер. болезней*. – 2011. – № 6. – С. 4-7.
10. Проценко, Т.В. Ультразвуковое исследование кожи [Текст] / Т.В. Проценко, М.Т. Мурадова // *Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения»*. – 2018. – № 2 (20). – С. 36-39.
11. Федорцов, О.Э. Дерматоскопия и ультразвуковая диагностика кожи как малоинвазивные методы обследования при atopическом дерматите у детей [Текст] / О.Э. Федорцов, О.М. Мочульская // *Современная педиатрия*. – 2016. – № 7. – С. 54-57.
12. *Dermatologic ultrasound with clinical and histological correlations [Text] / ed. by X. Wartsman, G.B.E. Jemes*. – NY: Springer, 2013. – 623 p.
13. Jasaitiene, D. Principles of high-frequency ultrasonography for investigation of skin pathology [Text] / D. Jasaitiene [et al.] // *J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol.* – 2011. – Vol. 25. – № 4. – P. 375-382.
14. Kaspar, K. 100-MHz-sonographie zur darstellung des stratum corneum an der palmarhaut nach anwendung verschiedener externa [Text] / K. Kaspar [et al.] // *Ultraschall in der Medizin*. – 1999. – Vol. 3. – № 20. – S. 110-114.
15. Pilat, P. Skin melanoma imaging using ultrasonography: a literature review [Text] / P. Pilat [et al.] // *Advances in Dermatol. Allergol.* – 2018. – Vol. 35. – № 3. – P. 238-242.
16. Rallan, D. Ultrasound in dermatology – basic principles and applications [Text] / D. Rallan // *Clin. Exp. Dermatol.* – 2003. – Vol. 28. – P. 632-638.
17. Schmid-Wendtner, M.H. Ultrasound technology in dermatology [Text] / M.H. Schmid-Wendtner, D. Dill-Müller // *Semin. Cutan. Med. Surg.* – 2008. – Vol. 27. – P. 44-51.
18. Ulrich, J. Sonographic diagnostics in dermatology [Text] / J. Ulrich, M. Schwürzer-Voit [et al.] // *J. Detsch. Dermatol. Ges.* – 2014. – Vol. 12, № 12. – P. 1083-1098.

*Romanenko K.V.<sup>1</sup>, Borovaya O.O.<sup>2</sup>, Ermilova N.V.<sup>1</sup>, Zakharova V.V.<sup>1</sup>*

### ULTRASONIC SKIN RESEARCH

*1 - State Educational Organization of Higher Professional Education*

*«Donetsk National Medical University M. Gorky»,*

*2 - Republican Clinical Dermatovenerological Center MH DPR*

#### **Summary**

Physical basis of the skin ultrasonic investigation method and possibility of its use in the diagnostic of skin diseases and monitoring of the effectiveness and rehabilitation tactics are presented.

**Key words:** *skin ultrasonic investigation, skin diseases, diagnostic.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

- |                |  |
|----------------|--|
| Романенко К.В. | д.мед.н., доцент, зав.каф.дерматовенерологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +380713203299 (разработка дизайна исследования, научное редактирование).              |
| Боровая О.О.   | врач дерматовенеролог высшей категории, зам.главного врача Республиканского клинического дерматовенерологического центра МЗ ДНР (обзор публикаций по теме статьи). |
| Ермилова Н.В.  | к.мед.н., доцент, доцент кафедры дерматовенерологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи).                   |
| Захарова В.В.  | студент, 5 курс, лечебный факультет ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (сбор и обработка литературных данных).   |

УДК 617-089.844-005.4-08-059

*Фисталь Э.Я., Иваненко А.А., Базиян-Кухто Н.К., Кухто А.П.,  
Грядущая В.В.*

## **ПЛАСТИЧЕСКИЕ И ЭСТЕТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАКРЫТИЯ ОБШИРНЫХ ДЕФЕКТОВ КОЖИ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ ПРИ КРИТИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ 4 СТЕПЕНИ ПОСЛЕ РЕКОНСТРУКТИВНО ВОССТАНОВИТЕЛЬНЫХ ОПЕРАЦИЙ НА СОСУДАХ**

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

### **Резюме**

Освящены проблемы пластического и эстетического хирургического лечения обширных и глубоких раневых дефектов при критической ишемии нижних конечностей 4 степени. В настоящее время при данной патологии остается большой процент ампутаций нижних конечностей, особенно у пациентов с некротическими язвенными поражениями вследствие ишемии конечности. Реконструктивные операции и дальнейшее пластическое закрытие дефекта позволяет сохранить конечность, улучшить качество жизни пациентов и обеспечивает выраженным косметическим эффектом.

**Ключевые слова:** *дефекты кожи, пластическая хирургия, косметический эффект.*

---

Критическая ишемия нижних конечностей (КИНК) – патология, связанная с макро-, микроциркуляторными поражениями сосудов нижних конечностей, а также реологическими нарушениями. Чаще всего причиной КИНК является атеросклеротическое поражение стенки сосуда. К факторам риска возникновения можно отнести курение, сахарный диабет, артериальную гипертензию, повышенный уровень С-реактивного белка, повышенную вязкость крови и гиперкоагуляционные состояния, хроническую почечную недостаточность [4].

При 4 степени КИНК происходит язвенное и гангренозное поражение конечности, что само собой затрудняет восстановление кровотока и требует более длительного и упорного лечения. Поэтому данные пациенты требуют многоэтапных вмешательств,

а именно: восстановление кровообращения, хирургическая обработка язвенно-некротического поражения, а также закрытие раневого дефекта. Также стоит отметить, что для больных с КИНК не маловажно минимизировать факторы риска: бросить курить, откорректировать лечение сопутствующих патологий и т.д.

Восстановление кровообращения достигается путём прямой реваскуляризации, эндоваскулярной методики, либо же комбинацией этих двух вмешательств – гибридной операцией [7,8,9].

Одним из наиболее перспективных методов комплексной терапии трофических нарушений при КИНК, а также послеоперационных раневых инфекций является «vacuum-assisted closure therapy» (VAC-терапия), или метод «negative pressure

wound therapy» (NPWT). Данная методика создаёт отрицательное давление в замкнутом околораневом пространстве, что способствует активной санации раневого экссудата, инфекционных агентов и интерстициального отека, препятствует формированию биопленок, улучшает микроциркуляцию и кровенаполнение тканей, вызывает микро-и макродеформацию раневого ложа, активируя процессы репарации [10]. В XIX веке Н.В. Пирогов выдвинул предложение, что разреженный воздух ускоряет выведение воспалительного экссудата, в следствии чего происходит механическое очищение раны и дал ему название «наружная вакуум-аспирация».

М. Могуквас с соавт. (1997) провели исследования, которые показали, что при показателе «отрицательного давления» -125 мм рт. ст. прирост интенсивности местного кровообращения достигал порядка 400% по отношению к исходному уровню. Также авторы установили, что применение локального прерывистого вакуума в течение 5 минут на уровне -125 мм рт. ст. с последующим снижением вакуумного воздействия в течение 2 минут до -75 мм рт. ст. является наиболее оптимальным режимом лечебного воздействия на рану для стимуляции местного кровообращения [5,11,16].

В систематическом обзоре Dumville J.C. et al. описано одно рандомизированное контролируемое исследование, имеющее отношение к лечению трофических нарушений сосудистого генеза. В исследование были включены 60 больных, среднего возраста с труднозаживающими язвами, 43% из них возникли на фоне заболеваний артерий нижних конечностей и критической ишемии, а 13% пациентов имели смешанную артерио-венозную этиологию. После применения вакуум-терапии больным выполнялась пластика кожного дефекта. В среднем закрытие дефекта составило 45 суток (36,2–53,8 суток, ДИ 95%) при общепринятом лечении против 28 суток (25,5–32,5 суток, ДИ 95%) при использовании вакуумных технологий. Авторы не смогли сделать окончательных выводов в связи с маленьким количеством па-

циентов в группах наблюдений и отсутствие других рандомизированных клинических исследований, в которых изучалась эффективность VAC-терапии в качестве основного метода лечения язв голени [2,15].

Известны такие положительные эффекты вакуум-терапии при лечении раневых процессов: улучшение местного кровообращения, снижение уровня микробной обсемененности раны, деформация раневого ложа и уменьшение раневой полости, приводя к ускорению заживления раны. Для адекватного заживления раны необходимо поддержание влажной раневой среды, что достигается при VAC-терапии путём снижения выраженности раневой экссудации. Все эти эффекты способствуют увеличению интенсивности клеточной пролиферации, усиливают синтез в ране основного вещества соединительной ткани и протеинов [17].

Стоит отметить, что VAC-терапия является важным компонентом комплексного лечения раневых процессов у пациентов пожилого и старческого возраста с тяжелой сопутствующей патологией (сахарный диабет, гипертоническая болезнь, сердечная недостаточность и др.) [18].

Хирургическая обработка язвенно-некротического поражения представляет собой поэтапное удаление некротических тканей, фибриновой пленки, иссечение краев раны. Некрэктомия может выполняться в таких вариантах:

1. Дебридмент с одновременной пластикой дефекта тканей, по-другому shave-therapy (липодермэктомия). Методика заключается в выделении дерматома тонким горизонтальным слоем: срезают измененную кожу и подкожную клетчатку до появления «свежих» тканей. Получившийся дефект закрывают перфорированным аутодермотрансплантатом толщиной 0,5–0,8 мм.
2. Дебридмент с пластикой дефекта вторым этапом (при невозможности выполнить радикальную хирургическую обработку, при вероятности повторной некрэктомии).

3. Дебридмент с заживлением раны вторичным натяжением (при небольшом размере раны, когда сроки вторичного заживления и сроки лечения с пластикой будут одинаковы) [3,6].

Закрытие раневого эффекта также имеет важное значение в восстановлении после КИНК. Внешний вид конечности занимает значительное место в жизни человека и играет немаловажную роль в повышении качества жизни.

После хирургической обработки раны часто выполняется свободная кожная пластика расщепленными и полнослойными аутотрансплантатами [1]. По мнению Н.И. Атясова и Е.Н. Матчина [3] применение аутодермопластики оправданно даже при небольших дефектах (площадью от 5 до 10% поверхности тела) у больных с плохим заживлением, а также ослабленных и с сопутствующими патологиями. Во второй половине XIX века Ж. Реверден, впервые применил расщепленный кожный лоскут и добился его приживления на гранулирующей раневой поверхности. Распространённость данной методики увеличивалась, в частности, с появлением дермотомов. Появилась возможность забирать трансплантаты заданной толщины и довольно большого размера. Такой кожный лоскут содержал в себе эпидермис и часть сосочкового слоя дермы. Для питания и приживления такого лоскута нет необходимости в осевом кровоснабжении, а вполне достаточно диффузии веществ с раневой поверхности. Несмотря на очевидные плюсы, данная методика не лишена и отрицательных эффектов. Например, нагноение, отторжение и лизис аутодермотрансплантата – наиболее частые осложнения раннего послеоперационного периода. Что касается отдаленного послеоперационного периода могут возникнуть такие косметические и функциональные дефекты, как выраженные рубцовые изменения трансплантатов, их изъязвление, рубцовые контрактуры суставов. Тем не менее, применение расщепленного аутотрансплантата остаётся

достаточно эффективным часто используемым методом пластики обширных дефектов кожи при КИНК.

Сложные кожные лоскуты с осевым типом кровоснабжения, по мнению многих авторов, применяется при обширных и глубоких дефектах тканей конечностей любой этиологии, локализирующихся в функционально активных областях [6, 13]. Кровоснабжение таких лоскутов происходит из артерий и сопутствующих вен, что отличает их надежным автономным питанием. Дополнительное кровоснабжение сложного кожного лоскута является дополнительным источником трофики к области с обширным дефектом [10]. Плюсами этого вида пластики является отсутствие образования рубцов между лоскутом и подлежащими тканями, а также за счёт осевых кровеносных сосудов обеспечивается высокая сопротивляемость к инфекции.

Васкуляризированная пластика свободным лоскутом, путем использования микрохирургической техники, и несвободным - на постоянной сосудистой ножке с осевым типом кровоснабжения, может применяться в функционально активных областях, вокруг крупных суставов и на стопе. Восстановление чувствительности при свободном варианте можно достичь, сшив нерв, идущий в составе лоскута с сенсорным нервом реципиентной области. Что позволяет сохранить чувствительную иннервацию кожи [3, 14]. Такие операции сложны технически и довольно длительны, травматичны.

Отрицательной стороной данных вмешательств является частота тромбозов – на нижних конечностях достигает 9-18% случаев [6].

Самыми сложными областями для реконструктивных вмешательств являются дистальная треть голени и стопа. В таких случаях используют суральный лоскут на ретроградном кровотоке, тыльный лоскут стопы, кожно-фасциальный медиальный подошвенный лоскут. Также применяются лоскуты на основе камбаловидной мышцы, длинного разгибателя

большого пальца стопы, короткого разгибателя пальцев стопы, короткой малоберцовой мышцы [1, 12].

### Выводы

На сегодняшний день выделить какой-то один конкретный метод пластики обширных дефектов невозможно. Решение об объеме и виде оперативного вмешательства

должно решаться индивидуально, в зависимости от тяжести пациента, обширности дефекта, его локализации и распространенности. Стоит отметить, что комплексная система хирургической реабилитации, выполненная в полном объеме все же, позволяет сохранить конечность, а значит обеспечить косметический результат и улучшить качество жизни пациентов с КИНК.

### Список литературы

1. Баймагамбетов, Ш.А. Пластическое замещение дефектов мягких тканей нижней конечности кожно-жировым лоскутом с осевым кровоснабжением [Текст] / Ш.А. Баймагамбетов, К.М. Кошенов // Травматология жЭне ортопедия: материалы Международной юбилейной науч.-практ. конф. – Астана, 2011. – С. 316-319.
2. Гаин, Ю.М. Вакуум-терапия ран при хирургической инфекции мягких тканей [Текст] / Ю.М. Гаин [и др.] // Военная медицина. – 2016. – № 4. – С. 64–72.
3. Лушников, С.П. Пластика комплексами тканей с осевым типом кровоснабжения у пациентов с дефектами длинных костей верхней конечности (клинико - анатомические исследование): дис. ... канд. мед. наук: 14.00.22. Санкт-Петербург, 2010. 172 с.
4. Мизин, А.Г. Критическая ишемия нижних конечностей и ишемические формы синдрома диабетической стопы. Определение и диагностика [Текст] / А.Г. Мизин, О.В. Удовиченко, С.А. Терехин – М., - 2017. –С.40-45.
5. Оболенский, В.Н. Применение метода локального отрицательного давления в комплексном лечении острых гнойно-воспалительных заболеваний мягких тканей [Текст] / В.Н. Оболенский [и др.] // Хирургия. – 2012. – № 2. – С. 50–55.
6. Пшениснов, К.П. Курс пластической хирургии: руководство для врачей. В 2 т. – Ярославль; Рыбинск: ОАО «Рыбинский Дом печати», 2010. 655 с.
7. Сорока, В.В. Гибридная операция: новый горизонт в сердечнососудистой хирургии [Текст] / В.В. Сорока [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2011.- Т. 17. - №3. – С. 93-101.
8. Учкин, И.Г. Опыт применения гибридных методик хирургического лечения пациентов с критической ишемией нижних конечностей [Текст] / И.Г. Учкин [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2013. – Т. 19. - №2. – С. 48-57.
9. Юзифович, О.О. Опыт применения гибридных вмешательств в лечении пациентов с критической ишемией нижних конечностей [Текст] / О.О. Юзифович [и др.] // Журнал научных статей здоровье и образование в XXI веке. Издательство: Сообщество молодых врачей и организаторов здравоохранения. – 2014. – Т. 16. – № 4. – С. 107-108.
10. Banasiewicz, T. Portable VAC therapy improve the results of the treatment of the pilonidal sinus – randomized prospective study [Text] / T. Banasiewicz, A. Bobkiewicz, M. Borejsza-Wysocki // Polski Przegląd Chirurgiczny. – 2013. – Vol. 85. – № 7. – P. 371–376.
11. Biter, L.U. The use of negative pressure wound therapy in pilonidal sinus disease: a randomized controlled trial comparing negative pressure wound therapy versus standard open wound care after surgical excision [Text] / L.U. Biter, G.M. Beck, G.H. Mannaerts // Colon Rectum. – 2014. – Vol. 57. – № 12. – P. 1406–11.
12. Erba, P. Angiogenesis in wounds treated by microdeformational wound therapy [Text] / P. Erba [et al.] // Ann. Surg. – 2011. – Vol. 253. – № 2. – P. 402–409.
13. Farrell, D. Negative Pressure Wound Therapy for Recurrent Pilonidal Disease. A Review of the Literature [Text] / D. Farrell, S. Murphy // Wound Ostomy Continence Nurs. – 2011. – Vol. 38. – № 4. – P. 373–378.
14. Othman, D. Negative pressure wound therapy literature review of efficacy, cost effectiveness, and impact on patients. Quality of life in chronic wound management and its implementation in the United Kingdom [Text] / D. Othman // Plast. Surg. Int. – 2012. – P. 374–398.
15. Parades, V. Pilonidal sinus disease, review [Text] / V. Parades // Journal of Visceral Surgery. – 2013. – № 150. – P. 237–247.
16. Schintler, M.V. Negative pressure therapy: theory and practice [Text] / M.V. Schintler // Diabetes Metab. Res. Rev. – 2012. – Vol. 28. – № 1. – P. 72–777.
17. Steingrimsson, S. Negative-pressure wound therapy for deep sterna wound infections reduces the rate of



- surgical interventions for early reinfections [Text] / S. Steingrimsson [et al.] // Interact. Cardiovasc. Thorac. Surg. – 2012. – Vol. 15. – №3. – P. 406-410.*
18. Varnalidis I., Ioannidis O., Paraskevas G. Pilonidal sinus: a comparative study of treatment methods [Text] / I. Varnalidis, O. Ioannidis, G. Paraskevas // *Journal of Medicine and Life.* – 2014. – Vol. 7. – № 1. – P. 27-30.

*Fistal E.Y., Ivanenko A.A., Baziyani-Kuhto N.K., Kuhto A.P., Gryadushaya V.V.*

### PLASTIC AND ESTHERIC ASPECTS OF CLOSING VAST DEFECTS ON SKIN AT CRITICAL LIMB ISHEMIA 4 DEGREE AFTER VASCULAR PLASTIC AND RECONSTRUCTIVE OPERATION

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

#### **Summary**

To light up the problems of estheric and plastic surgical treatment of vast and deep defects on skin at the critical limb ischemia 4 degrees. There is a large percent of amputations of lower limbs at this pathology now. Patient who have necrotizing, ulcerous defeats in investigation of ischemia of extremity. Reconstructive operations and further plastic closing of defect extremity are save and to improve quality of life of patients and have a good cosmetic effect.

**Keywords:** *defects of skin, plastic surgery, plastic surgery, cosmetic effect.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

- Фисталь Э.Я. д.мед.н., профессор, зав.кафедрой комбустиологии и пластической хирургии ФИПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, директор Института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака МЗ ДНР (предложена идея и дизайн статьи).
- Иваненко А.А. к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии (обзор публикаций по теме статьи, анализ полученных данных).
- Базиян-Кухто Н.К. к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии, +380714118735 (разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи).
- Кухто А.П. д. мед.н., доцент кафедры общей хирургии №1 (научное редактирование).
- Грядущая В.В. врач отделения комбустиологии института неотложной и восстановительной хирургии имени В.К. Гусака МЗ ДНР (написание текста рукописи).

УДК 616-002.182:616.5-007.23

Моногарова Н.Е., Проценко Т.В., Зейналова А.А., Кондратюк Р.Б., Крюк М.А., Семендяева А.В., Цирковская Е.Р., Колесникова И.А.

## СЛУЧАЙ САРКОИДОЗА ЛЕГКИХ И САРКОМЫ КАПОШИ

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

### Резюме

Приведено клиническое наблюдение сочетанного поражения в виде саркоидоза легких и множественной идиопатической геморрагической саркомы Капоши у больной 67 лет. Обсуждаются особенности диагностики и лечебной тактики ведения пациентов при сочетанной патологии.

**Ключевые слова:** саркоидоз легких, саркома Капоши, клинический случай.

---

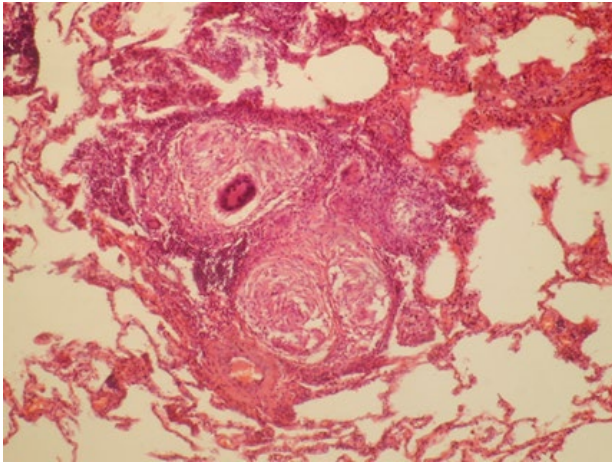
Саркоидоз представляет собой системное гранулематозное заболевание неясной этиологии, при котором поражение кожи наблюдают почти у 50% больных [2,7]. Саркома Капоши (синонимы: идиопатическая геморрагическая множественная саркома Капоши, ангиоретикулез Капоши, ангиоэндотелиома Капоши) – многоочаговое заболевание, с не до конца установленным генезом, при котором поражения развиваются их эндотелия кровеносных и лимфатических сосудов, с возможным поражением не только кожи, но и внутренних органов и лимфатических узлов [1,4,5]. Выделяют 4 клинических варианта саркомы Капоши с одиноковой семиотикой сыпи и патогистологическими изменениями очагов поражения, но отличающиеся по течению, прогнозу заболевания и подходам к терапии. Это: идиопатическая саркома Капоши, или классический вариант; эндемический, или африканский; супрессивный, или ятрогенный; эпидемический, или ВИЧ-ассоциированный [3]. С практической точки зрения очень важно своевременно диагностировать как саркому Капоши, так и ее клинический вариант, поскольку именно он определяет всю последующую тактику ведения пациента. Так, ВИЧ-ассоциированная саркома Капоши, или эпидемический вариант, развивается на

фоне репликации ВИЧ на поздних клинических стадиях ВИЧ-инфекции, требует как подтверждения инфицирования и установления клинической стадии ВИЧ/СПИДА, так и назначения антиретровирусной терапии. При классической, или идиопатической форме саркомы Капоши, встречающейся обычно у мужчин семитской национальности старшей возрастной группы, достаточно дерматологической терапии. Особое место занимает ятрогенная форма саркомы Капоши, развивающаяся как у мужчин, так и у женщин на фоне иммуносупрессии, генез которой может быть разным: от нерациональной длительной кортикостероидной системной терапии соматических или дерматологических заболеваний, рентгено- или химиотерапии онкопатологии до невыявленных системных или онкологических заболеваний [4,5].

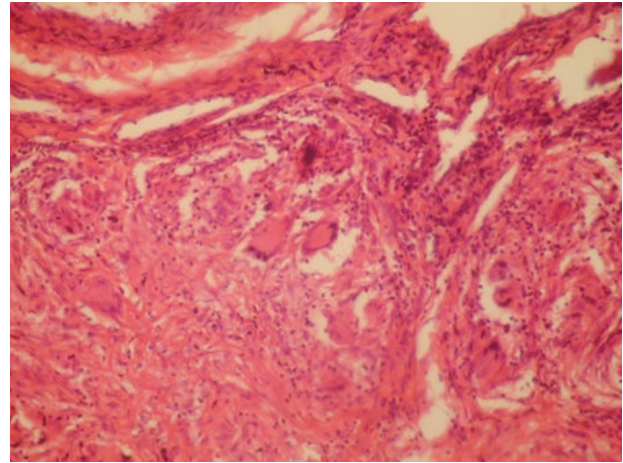
Учитывая сложности в клиническом распознавании саркомы Капоши у больных с системными заболеваниями, требующими междисциплинарного взаимодействия, приводим наше клиническое наблюдение.

### Клинический случай

Пациентка П., 67 лет, обратилась за медицинской помощью к терапевту по месту жительства с жалобами на одышку смешан-



**Рисунок 1.** Б-ная П., 67 лет. Саркоидная гранулема в легочной ткани с наличием гигантской многоядерной клетки типа Пирогова-Ланхганса. Окраска гематоксилином и эозином, x100.

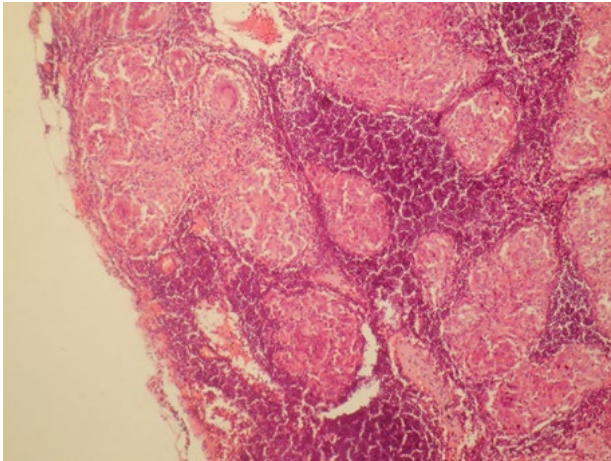


**Рисунок 2.** Б-ная П., 67 лет. Две рядом расположенные клетки типа Пирогова-Ланхганса в саркоидной гранулеме в легких. Окраска гематоксилином и эозином, x200.

ного характера при умеренных физических нагрузках, выраженную общую слабость и похудение на 15 кг за 1,5 месяца. При сборе анамнеза стало известно, что в январе 2018 г. пациентка впервые заметила высыпания на коже левой ноги, которые со временем стали распространяться. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В мае 2019 г. была осмотрена дерматологом по месту жительства, в ходе обследования выставлен диагноз «Красный плоский лишай». С июня 2019 г. общая слабость стала резко нарастать, присоединился сухой кашель. Больная обратилась за терапевтической помощью. В процессе диагностики, была выполнена рентгенография органов грудной клетки, при которой на фоне диффузного пневмосклероза визуализировались мелкоочаговая диссеминация и увеличенные лимфатические узлы средостения. В связи с выявленными изменениями пациентка была направлена в туберкулезный диспансер с целью уточнения диагноза. В тубдиспансере больной была выполнена резекция S2 правого легкого с последующим патоморфологическим исследованием легочной ткани и лимфоузла средостения.

Гистологические препараты окрашивали по стандартной методике гематоксилином и эозином. Исследование проводили под светоптическим микроскопом Olympus

U-TV1X с программным обеспечением Olympus DP-Soft. При визуальной оценке ткани легкого были выявлены морфологические признаки хронического неспецифического воспаления слабой степени выраженности, а также определялись мелко- и крупноочаговые скопления эпителиоидно-клеточных гранул, локализующихся преимущественно в межальвеолярных перегородках и субплеврально. Гранулемы определялись в виде четко ограниченных образований, состоящих из гигантских клеток, эпителиоидных гистиоцитов и лимфоцитов, концентрически окруженных волокнами коллагена. Гигантские многоядерные клетки, образовавшиеся при слиянии мононуклеарных фагоцитов, были представлены клетками типа «инородных тел», с беспорядочно расположенными ядрами, а также клетками Пирогова-Ланхганса, с ядрами, расположенными по периферии. Между гигантскими клетками и в центре гранулем определялись эпителиоидные гистиоциты, представляющие из себя вытянутые, иногда веретеновидные клетки, с центрально расположенным, удлинённым ядром. Инфильтрация лимфоцитами варьировала от умеренной до выраженной и локализовалась на периферии гранулем. Вышеописанный характер гранулематозного поражения был расценен как субстрат саркоидоза (рис. 1, 2.).

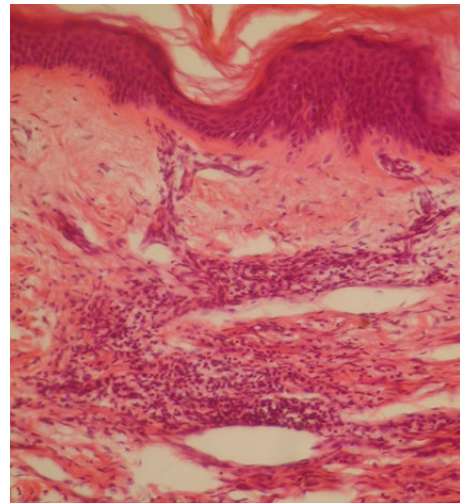


**Рисунок 3.** Б-ная П., 67 лет. Поражение лимфатического узла при саркоидозе, большое количество рядом расположенных саркоидных гранулем с небольшим количеством предшествующей лимфоидной ткани между ними. Окраска гематоксилином и эозином, x100.

В препарате ткани лимфоузла среди лимфоидной ткани также определялось множество сливных и отдельно лежащих эпителиоидно-клеточных гранулем саркоидозного типа (рис. 3.).

Кроме морфологического исследования ткани легкого, больной была проведена биопсия кожного лоскута с пятнистого высыпания на боковой поверхности туловища. Однако в полученном материале гранулематозные изменения отсутствовали, определялись только признаки хронического неспецифического дерматита слабой степени выраженности: эпидермис - без особенностей, в дерме очаговая периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация, вновь формирующиеся сосуды, нерезко выраженные явления склероза (рис. 4).

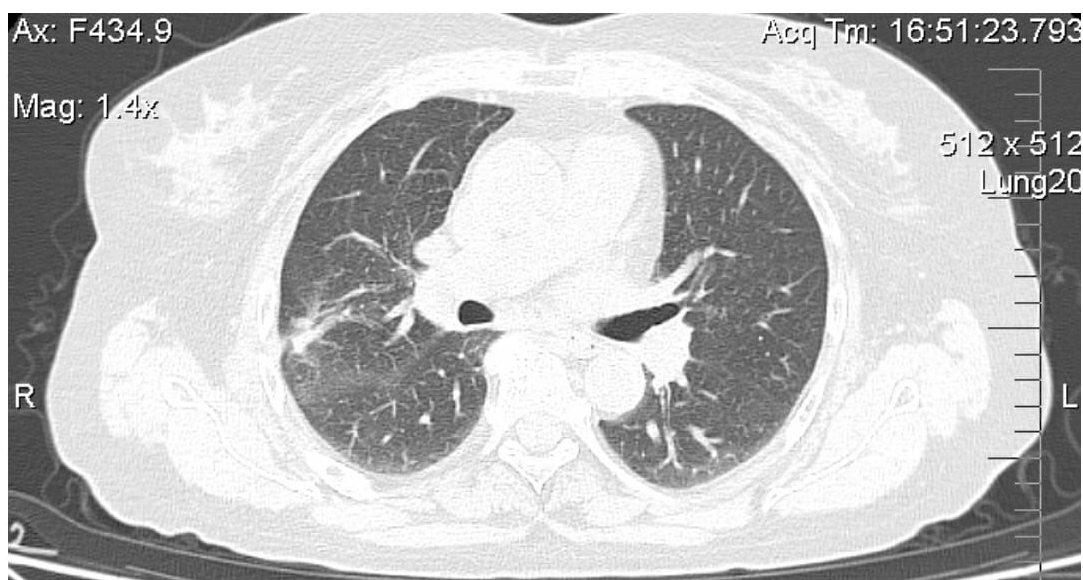
С учетом полученных морфологических заключений больной был выставлен диагноз - «Саркоидоз Бека, 2 стадия (легочно-железистая форма), подтвержденный гистологически, саркоидоз кожи?». Больная была направлена в пульмонологическое отделение Донецкого клинического территориального медицинского объединения с целью определения дальнейшей терапевтической тактики.



**Рисунок 4.** Б-ная П., 67 лет. В дерме очаговая периваскулярная лимфогистиоцитарная инфильтрация, вновь формирующиеся сосуды, склероз дермы. Окраска гематоксилином и эозином, x100.

При поступлении: состояние средней тяжести, больная астенизирована. Обращало на себя внимание наличие на кожи верхних и нижних конечностей множественных папул багрового цвета с четкими границами, местами сливающихся в бляшки с полициклическими очертаниями, без субъективных ощущений. На 1-м пальце левой стопы определялось образование округлой формы синюшно-красного цвета, кровоточащее при пальпации, с изъязвленным участком в центре. На коже правой щеки имелось образование 0,5 см в диаметре, покрытое серозно-геморрагической коркой. Периферические лимфатические узлы были нормальных размеров и пальпаторных свойств. При аускультации легких выслушивалось везикулярное дыхание, несколько ослабленное в базальных отделах, а также - единичные сухие хрипы. В остальном, объективный осмотр не выявил патологических изменений.

В процессе дообследования больной была выполнена спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, при которой на всем протяжении легочных полей, преимущественно в верхних долях, визуализировались множественные мелкие очаги округлой формы, размером 2-4 мм, более выраженные справа, в прикорневой области. Корни



**Рисунок 5.** Б-ная П., 67 лет. Спиральная компьютерная томография органов грудной клетки. Множественные очаги диссеминации, более выраженные справа. Корни легких бесструктурны, расширены, с полициклическими контурами за счет увеличенных лимфоузлов.

легких были бесструктурны, расширены, с полициклическими контурами за счет увеличенных лимфоузлов. В средостении определялись увеличенные лимфатические узлы: пара-трахеальные в виде конгломерата 32\*20 мм, в аортальном окне – 20\*17 мм, бронхопульмональные слева – 22\*15 мм, справа – 29\*23 мм, бифуркационные – 44\*20 мм (рис. 5). Было выполнено исследование функции внешнего дыхания, при котором определялись умеренные нарушения вентиляционной способности легких по рестриктивному типу (ОФВ1- 81%). Больной была определена концентрация АПФ (ангиотензин-превращающего фермента) в сыворотке крови, которая составила 35 Ед/л (норма). Эхокардиография: повышение давления в легочной артерии до 27-32 мм рт. ст., что соответствовало умеренной артериальной легочной гипертензии 5 типа по клинической классификации (легочная гипертензия с неясными и множественными механизмами). На основании лабораторно-инструментальных исследований диагноз саркоидоза легких был подтвержден. Назначена терапия: витамин Е 400 мг сутки, инфузии тивортина, дексаметазон 8 мг, медрол 24 мг, нольпаза 20 мг утром. В процессе лечения отмечалась положительная динамика изменений в легких при отсутствии изменений со стороны пораженной кожи.

Из отделения была выписана в удовлетворительном состоянии, даны медикаментозные рекомендации.

С целью верификации кожных изменений пациентка была направлена на консультацию в Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер.

При осмотре в Республиканском клиническом дерматовенерологическом диспансере обращала внимание распространенность и симметричность процесса, с преимущественным поражением дистальных отделов конечностей (кисти, стопы, бедра, голени, предплечья) (рис. 6-8). Высыпания множественные, полиморфные и представлены четко отграниченными пятнами, папулами, бляшками и узлами, от 0,5 до 6-8 см в диаметре, красновато-синюшного, фиолетово-черного, коричневатого-черного цвета, плотноватой консистенции, разнообразной формы: вытянутой вдоль линий кожного натяжения, овальных, с полициклическими очертаниями. Поверхность элементов сыпи неровная, местами бугристая, местами – гладкая блестящая. При дерматоскопии в части очагов, наряду с выраженным сосудистым паттерном, определялись коричневатые вкрапления (отложения гемосидерина в дерме). На 1-м пальце левой стопы определяется образование, укладыва-



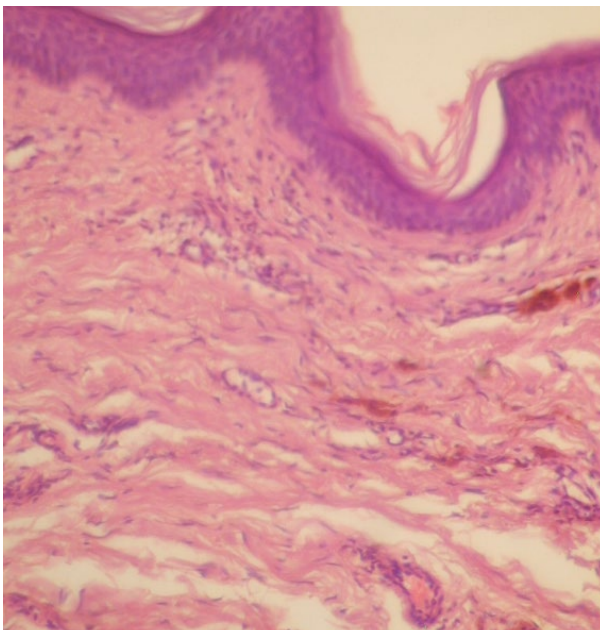
**Рисунок 6.** Б-ная П., 67 лет. Множественные красновато-синюшные папулезные и инфильтративно-бляшечные высыпания на внутренней поверхности бедер. Выраженная асимметричная отечность левого бедра и голени.



**Рисунок 7.** Б-ная П., 67 лет. Асимметричный отек левого голеностопного сустава и голени, множественные пятнистые, папулезные и бляшечные элементы коричневатого-серого и коричневатого-черного цвета, расположенные по типу «носков».



**Рисунок 8.** Б-ная П., 67 лет. Множественные пятнистые и пятнисто-папулезные высыпания на задней поверхности левого бедра (маркером обведен элемент, взятый под биопсию).



**Рисунок 9.** Б-ная П., 67 лет. В верхней части дермы определяются щелевидные и расширенные сосуды, пролиферация веретенообразных клеток, формирующих короткие, беспорядочно расположенные пучки, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация, очаговый гемосидероз. Окраска гематоксилином и эозином, x100.

ющеся в клиническую картину пиогенной гранулемы, или ботриомикомы.

При гистологическом исследовании биоптата пораженной кожи с задней поверхности левого бедра в верхней части дермы и вокруг придатков кожи определяются щелевидные и расширенные сосуды, пролиферация веретенообразных клеток, формирующих короткие, беспорядочно расположенные пучки, умеренная лимфогистиоцитарная инфильтрация, очаговый гемосидероз (рис.9). Гистологические изменения укладывались в клинический диагноз саркомы Капоши.

Больная была обследована с целью исключения ВИЧ-инфекции и специфических висцеральных вовлечений. После результатов комплексного клинико-лабораторного и инструментального обследования был установлен диагноз: саркома Капоши (гистологически подтверждена), в сочетании в саркоидозом легких. К лечению был подключен проспидин по 100 мг внутримышечно, на курс 3,0 г. На фоне проводимой терапии состояние пациентки улучшилось, высыпания регрессировали до пятен. Изменения в легких регрессировали полностью. В дальнейшем планируется проведение 2-3 курсов проспидинотерапии с интервалом в 2-3 месяца, на фоне ступенчатого снижения системных кортикостероидных гормонов под контролем пульмонологов и динамическом наблюдении дерматологов.

Особенностью данного клинического случая является то, что высыпания саркомы

Капоши предшествовали клиническим проявлениям саркоидоза и первоначально ошибочно были расценены как «красный плоский лишай». В отличие от последнего, сыпь при саркоме Капоши, хоть и может напоминать по цвету красный плоский лишай, но всегда полиморфна (при красном плоском лишае – мономорфна, только папулы), субъективно не беспокоит (красный плоский лишай, как правило, зудящая сыпь). В отличие от красного плоского лишая при дерматоскопии при саркоме Капоши, наряду с сосудистым паттерном, выявляют пигментный дерматоскопический признак, связанный с отложением гемосидерина в дерме. Во всех сомнительных или сложных случаях показана гистологическая верификация диагноза. Неспецифический характер изменений в дерме при первичном гистологическом исследовании, возможно, был связан с местом взятия биопсии. Представленный клинический случай показывает важность междисциплинарного взаимодействия при ведении пациентов с поражением кожи при любой системной или висцеральной патологией.

### Заключение

Системные заболевания, при которых может поражаться кожа, требуют преемственности в ведении пациентов врачами-интернистами и дерматовенерологами на всех этапах лечебной и реабилитационной тактики.

### Список литературы

1. Дерматовенерология, 2016: клинические рекомендации [Текст] / под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2016. – 428 с.
2. Дифференциальная диагностика кожных болезней [Текст]: руководство для врачей / под ред. А.А. Студницина. – М.: Медицина, 1983. – 560 с.
3. Молочков, А.В. Саркома Капоши [Текст] / А.В. Молочков, И.А. Казанцева, В.Е. Гурцевич. – М.: Бином, 2002. – 144 с.
4. Проценко, О.А. Саркома Капоши в клинической практике [Текст] / О.А. Проценко // Университетская клиника. – 2017. – Т. 12, №2. – С. 95-101.
5. Buonaguro, F.M. Kaposi's sarcoma: aetiopathogenesis, histology and clinical features [Text] / F.M. Buonaguro, M.L. Tornesello, L. Buonaguro [et al.] // JEADV. – 2003. – Vol. 17. – P.138-154.
6. Hirotsu, C. The relationship between sleep apnea, metabolic dysfunction and inflammation: the gender influence [Text] / C. Hirotsu, R.G. Albuquerque, H. Nogueira, H. Hachul, L. Bittencourt, S. Tufic, M.L. Andersen // Brain Behav. Immun. – 2017. – №59. – P.211-218.
7. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text] / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. - Second Edition - Oxford University PRESS, 2016. – 694 p.

*Monogarova N.E., Protsenko T.V., Zeynalova A.A., Kondratyuk R.B., Kryuk M.A., Semendyaeva A.V., Tsirkovskaya E.R., Kolesnikova I.A.*

### CASE OF PULMONARY SARCOIDOSIS AND KAPOSÍ'S SARCOMA

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

#### **Summary**

A clinical observation of a combined lesion in the form of pulmonary sarcoidosis and multiple idiopathic hemorrhagic Kaposi's sarcoma in a 67-year-old patient is presented. The features of diagnostics and treatment tactics of managing patients with combined pathology are discussed.

**Key words:** *pulmonary sarcoidosis, Kaposi's sarcoma, clinical case.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

- |                  |   |
|------------------|---|
| Моногарова Н.Е.  | д.мед.н., профессор, зав. кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, kaf_vnutr_med@mail.ru (концепция и дизайн исследования, консультирование пациента).  |
| Проценко Т.В.    | д.мед.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, protsenko2005@yandex.ua (консультирование пациента, научное редактирование статьи). |
| Зейналова А.А.   | аспирант кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (подбор и анализ литературы).   |
| Кондратюк Р.Б.   | к.мед.н., доцент, зав. кафедрой патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (консультирование гистологических препаратов).   |
| Крюк М.А.        | к.мед.н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (подготовка финального текста статьи).  |
| Цирковская Е.Р.  | врач-ординатор второго года кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, liza.tsirkovskaya@mail.ru (сбор и обработка литературных данных).                   |
| Семендяева А.В.  | ассистент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (сбор и обработка материала по клиническому случаю, написание текста статьи)                           |
| Колесникова И.А. | к.мед.н., доцент кафедры патологической анатомии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (сбор и анализ литературных данных, описание гистологических препаратов).   |



*Проценко Т.В.<sup>1</sup>, Тахташов И.Р.<sup>1</sup>, Ивнева С.В.<sup>2</sup>, Дричик Т.В.<sup>2</sup>*

## ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ СИФИЛИСА У ВИЧ-ПОЗИТИВНЫХ ПАЦИЕНТОВ (КЛИНИЧЕСКИЕ НАБЛЮДЕНИЯ)

*1- Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»,*

*2 - Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР*

### **Резюме**

Представлены особенности диагностики и клинических проявлений сифилиса у больных с ВИЧ-инфекцией. Обсуждаются особенности взаимного влияния двух инфекций на прогноз течения и особенности терапии заболеваний.

**Ключевые слова:** *сифилис, ВИЧ-инфекция, клинические случаи.*

---

В последние годы отмечается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом, однако среди определенных групп населения чаще стали выявлять сочетание сифилитической инфекции с туберкулезом, вирусными гепатитами, ВИЧ/СПИДом [1,3,5]. Особого внимания заслуживает увеличение числа случаев одновременного инфицирования сифилисом и ВИЧ [2,4,6]. Это обусловлено общими механизмами передачи инфекций и схожими группами риска. Удельный вес ВИЧ-инфекции среди больных сифилисом, по данным зарубежной литературы, составляет в среднем 15,7%. При этом он существенно варьирует — от 3% в общей популяции до 90% среди мужчин, имеющих секс с мужчинами [1,7]. Риск передачи ВИЧ на фоне сифилитической инфекции увеличивается в 2,3—8,6 раза [1,3,7]. Раннее выявление и своевременное назначение лечения при обеих инфекциях играют важную роль в противоэпидемических мероприятиях. В связи с этим большое значение имеет выяснение особенностей клинических проявлений и течения заболеваний при смешанном инфицировании.

**Цель исследования** - представить особенности клинических проявлений сифилиса у больных с ВИЧ-инфекцией на примере анализа двух клинических случаев.

### **Материалы и методы**

Изучена документация (медицинские карты стационарного больного ф.003/у и медицинские амбулаторные карты больного венерическим заболеванием ф.065/у ) больного К., 40 лет и больного О., 30 лет.

### **Клинический случай 1**

*Пациент К., 40 лет, житель крупного промышленного города, холост, работает продавцом промышленных товаров. Впервые по поводу высыпаний на коже туловища без субъективных ощущений, которые появились около 1 месяца назад, обратился к врачу-инфекционисту Центра анти-СПИД, где находится на учете по поводу ВИЧ-инфекции. Был направлен на консультацию в кожно-венерологический диспансер (КВД). Пациент сразу к врачу-дерматовенерологу не обратился, высыпания расценил как аллергию и занимался самолечением:*

принимал лоратадин по 1 таблетке 2 раза в сутки 7 дней, высыпания уменьшились и через 1 месяц разрешились полностью. В КВД обратился лишь в декабре 2020 г.

*Анамнез жизни:* Вирусный гепатит, тиф, малярию, отрицает. Аллергических реакций на медикаменты, пищевые продукты не отмечает. Находился на лечении у врача-фтизиатра по поводу туберкулеза легких с 2016 г.; снят с учета в 2020 г. ВИЧ- позитивный статус с 2005 г., получает антиретровирусную терапию (АРТ).

*Половой анамнез:* Холост. Половая жизнь с 14 лет. Регулярные оральные и анальные гомосексуальные половые контакты с малознакомыми половыми партнерами (данных для розыска нет), последний половой контакт в декабре 2020 г. Бытовых контактов нет, проживает один.

*При осмотре* общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост средний. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки обычной окраски, свободные от высыпаний. Подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены в размере. Перкуторно над лёгкими ясный легочный звук. При аускультации дыхание в легких везикулярное. Хрипов с обеих сторон нет. Отделяемого из полости носа нет. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые, АД 120/80 мм. рт. ст., пульс 84 удара в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. Аппетит сохранен. Язык влажный, чистый. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. В пупочной области грыжевое выпячивание, мягко-эластической консистенции, вправляемое. При глубокой пальпации отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

*Locus morbi:* На коже и доступных осмотру слизистых оболочек активные проявления сифилиса отсутствуют. Регионарные

лимфатические узлы не увеличены, подвижные, не спаяны с окружающей тканью и между собой, безболезненные при пальпации. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по мужскому типу. Губки уретры розово-синюшного цвета, парауретральные и тизониевые железы без признаков воспаления, выделения скудные, молочного характера.

Результаты обследования и осмотра смежными специалистами: ЛОР-врач патологии не выявил; врач-невролог при осмотре неврологической симптоматики нет; врач-терапевт - без патологии; врач-окулист: глазное дно в норме; врач-фтизиатр – данных за активный туберкулез нет, в соматическом отделении находиться может. Врач-инфекционист – вторая клиническая стадия ВИЧ-инфекции, в стадии ремиссии (на АРТ); рекомендовано продолжить АРТ в прежнем режиме.

Результаты серологического обследования: реакция связывания комплемента (РСК) с кардиолипиновым антигеном положительная 4+, с трепонемным антигеном положительная 4+, микрореакция преципитации (МРП) положительная 4+ (титр 1:32) от 30.12.2020г.; ТРНА положительная от 29.12.2020 г.; РСК с кардиолипиновым антигеном положительная 4+, с трепонемным антигеном положительная 4+, МРП положительная 4+ (титр 1:16) от 18.01.2021 г.; реакция иммунофлюоресценции (РИФ)-200 и РИФ-абс. положительная 4+ от 18.01.2021г.; реакция пассивной гемагглютинации (РПГА) слабopоложительная от 18.01.2021 г.

В мазках из уретры от 18.01.2021 г.: лейкоциты единичные в поле зрения, гонококки, трихомонады, дрожжевые клетки не обнаружены.

Данные рентгенографии: Очагов нет. Несколько усилен легочной рисунок за счет сосудистого компонента.

Общий анализ крови Hb 125 г/л, эр. 4,2 · 10<sup>12</sup>/л, л. 8,4 · 10<sup>9</sup>/л; СОЭ 5 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, эритроциты 0—1 в поле зрения, лейкоциты 1—2 в поле зрения.

Учитывая данные анамнеза и эпиданамнеза (многочисленные половые контакты с лицами, которых нет возможности привлечь к обследованию; ВИЧ-позитивный статус), данные клинического осмотра (отсутствие активных проявлений сифилиса на коже и доступных осмотру слизистых), результаты лабораторных исследований (дважды с интервалом более, чем 10 дней, положительные КСР; положительные РИФ 200 и абс., ТРНА, РПГА), данные осмотра смежными специалистами (отсутствие висцеральных поражений), пациенту установлен диагноз: *Сифилис скрытый ранний; соп. диагноз: вторая клиническая стадия ВИЧ-инфекция, в стадии ремиссии, на АРТ.*

Пациент госпитализирован в стационар КВД, где ему назначено лечение согласно унифицированному клиническому протоколу «Сифилис» МЗ ДНР № 1192 от 2016 г. После первой инъекции 1,0 г цефтриаксона отмечалась положительная реакция обострения Яриша - Геркстеймера: повышение температуры тела, появление папулезных высыпаний на коже ладоней и подошв, папулезных высыпаний в углу рта. Учитывая положительную реакцию обострения, диагноз уточнен как *Сифилис вторичный рецидивный.* Продолжено лечение согласно унифицированному клиническому протоколу «Сифилис» МЗ ДНР № 1192 от 2016 г.

### Клинический случай 2

*Пациент О., 32 лет, житель небольшого промышленного города, не работает. Впервые обратился за медицинской помощью к врачу-дерматовенерологу по месту жительства по поводу высыпаний на коже туловища, спины, лица, перианальной области без субъективных ощущений и был направлен на консультацию в КВД.*

Считает себя больным в течение 3 месяцев, когда впервые появились осиплость голоса, высыпания на коже лица, спины, перианальной области. Самолечением не занимался.

*Анамнез жизни:* Вирусный гепатит, тиф, малярию, отрицает.

Аллергических реакций на медикаменты, пищевые продукты не отмечает. Донором и реципиентом в течение последних 5-ти лет не был, на коже следов инъекций нет.

*Половой анамнез.* Холост. Половая жизнь с 14 лет. Половые связи с малознакомыми женщинами и мужчинами. Последняя половая связь около 6 месяцев назад. Бытовых контактов нет.

*При осмотре:* общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Рост выше среднего. Телосложение нормостеническое. Питание удовлетворительное. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки вне очагов поражения обычной окраски, свободные от специфических высыпаний. Перкуторно над лёгкими ясный легочной звук. При аускультации дыхание в легких везикулярное. Хрипов с обеих сторон нет. Отделяемого из полости носа нет. Деятельность сердца ритмичная, тоны чистые, ритмичные. Пульс 82 уд в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения. АД 125/85 мм.рт.ст. Appetit сохранен. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации отрезки кишечника обычных пальпаторных свойств. Печень и селезенка не увеличены. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон.

*Locus morbi:* На коже лица, спины, груди пустулы с ограниченным плотным инфильтратом в основании, слоистыми корками, до 3,0 - 4,0 см в диаметре, значительно возвышающимися над уровнем нормальной кожи, язвы разной глубины с дном красного цвета, с пологими и обрывистыми плотными краями, слегка возвышающимися над окружающей кожей, вокруг них выражен плотный синюшный ободок с четкими ровными краями. В области ладоней и подошв имеются папулы меднокрасного цвета, округлой формы, окаймленные воротничком отторгающегося эпидермиса (воротничок Биетта). На слизистой в области небных дужек, миндалинах, в перианальной области

немногочисленные эрозированные папулы. Паховые, подмышечные, шейные и подчелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см в диаметре, плотной консистенции, подвижные, не спаяны с окружающей тканью и между собой, безболезненные при пальпации. Наружные половые органы развиты правильно, оволосение на лобке по мужскому типу. Губки уретры розово-синюшного цвета, парауретральные и тизониевые железы без признаков воспаления, выделений на момент осмотра нет.

Результаты осмотра смежными специалистами: ЛОР-врач патологии не выявил; врач-невролог – при осмотре неврологической патологии нет; врач-терапевт – без патологии; врач-окулист – глазное дно в норме; врач-инфекционист – первая клиническая стадия ВИЧ-инфекция.

Результаты серологического обследования: РСК с кардиолипидным антигеном положительный 4+, с трепонемным антигеном положительный 4+, микрореакция преципитации (МРП) положительная 4+ (титр 1:64). Реакция иммунофлюоресценции (РИФ) -200 и –абс. положительная 3+.

В мазках из уретры лейкоциты единичные в поле зрения, гонококки, трихомонады, дрожжевые клетки не обнаружены. Исследование на *Treponema pallidum* методом темнопольной микроскопии отделяемого с эрозированных папул слизистой полости рта и перианальной области — бледная трепонема не обнаружена. Общий анализ крови Hb 128 г/л, эр.  $4,3 \cdot 10^{12}/л$ , л.  $8,4 \cdot 10^9/л$ ; СОЭ 3 мм/ч. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, эритроциты 0—1 в поле зрения, лейкоциты 1—2 в поле зрения.

Учитывая данные анамнеза и эпиданамнеза (многочисленные половые контакты, ранее – осиплость голоса), данные клинического осмотра (папулезные, пустулезные и язвенные высыпания, полиаденит), результаты лабораторных исследований (положительные серологические реакции по всему комплексу), данные осмотра смежными специалистами (отсутствие висцеральной патологии), пациенту установлен диагноз: *Сифилис вторичный рецидивный, злокачественное течение. Соп. Первая клиническая стадия ВИЧ-инфекции.*

Пациент госпитализирован в стационар КВД, где ему было назначено лечение согласно унифицированному клиническому протоколу «Сифилис» МЗ ДНР № 1192 от 2016 г. После первой инъекции 1,0 г цефтриаксона отмечалась положительная реакция обострения Яриша – Герксгеймера: повышение температуры тела до 37,9 С, высыпания на коже и слизистой стали обильнее и ярче.

Таким образом, особенностью данных наблюдений явилось то, что своевременное обращение в специализированное медицинское учреждение позволяет точно и своевременно установить диагноз, а адекватная терапия обоих заболеваний позволяет улучшить прогноз инфекционных заболеваний и получить хороший клинический эффект. Применение АРТ позволяет исключить негативное влияние ВИЧ-инфекции на клиническое течение сифилиса. В то же время после окончания курса лечения по поводу сифилиса, ВИЧ-инфицированные больные нуждаются в более тщательном обследовании с увеличением длительности клинико-серологического наблюдения до 5 лет.

## Список литературы

1. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем и дерматозами на территории Российской Федерации [Текст] / А.А. Кубанова, И.Н. Лесная, А.А. Кубанов [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2010. — № 5. — С. 4–21.
2. Афонин, А.В. Особенности клинико-лабораторного обследования и ведения больных сифилисом в сочетании с вирусными гепатитами и туберкулезом [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / А.В. Афонин. — М., 2008. — 28 с.
3. Беляков, Н.А. Противодействие ВИЧ-инфекции

- и рост заболеваемости в России [Текст] /Н.А. Беляков, В.В. Рассохин, А.С. Бобрешова // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.- 2017.- Т. 9, № 2. - С. 82–90.
4. Кулешов, А. Н. Сифилис и ВИЧ: случаи из практики [Текст] /А.Н. Кулешов [и др.] // Дерматология (Прил. к журн. *Consilium Medicum*). -2017.- №2.- С. 37–39.
5. Проценко, О.А. Комплексное лечение больных сифилисом с использованием системной энзимотерапии и чрезкожного лазерного облучения крови [Текст]: автореф. дис. ... канд мед. наук / О.А. Проценко. — Харьков, 2001. — 20 с.
6. Проценко, О.А. Патогенетическое обоснование и концепция комплексного лечения и профилактики дерматозов у ВИЧ-позитивных лиц [Текст]: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / О.А. Проценко. — Харьков, 2011. — 28 с.
7. Ситуация по ВИЧ-инфекции в России (за 2015 год) [Текст] [Электронный ресурс] // Официальный сайт Центрального НИИ организации и информатизации здравоохранения. URL: <http://mednet.ru/ru/statistika/soczialno-znachimye-zabolevaniya.html>.

*Protsenko T.V.<sup>1</sup>, Takhtashov I.R.<sup>1</sup>, Ivneva S.V.<sup>2</sup>, Drichik T.V.<sup>2</sup>*

### FEATURES OF THE COURSE OF SYPHILIS IN HIV-POSITIVE PATIENTS

- 1 - *State Educational Organization of Higher Professional Education «Donetsk National Medical University M. Gorky»*,  
2 - *Republican Clinical Dermatovenerological Dispensary MH DPR*

#### Summary

The features of diagnosis and clinical manifestations of syphilis in patients with HIV infection are presented. The features of the mutual influence of the two infections on the prognosis of the course and the features of the therapy of diseases are discussed.

**Key words:** *syphilis, HIV infection, clinical case.*

#### Авторская справка и доленое участие

- Проценко Т.В. д.мед.н., профессор, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, [protsenko2005@yandex.ua](mailto:protsenko2005@yandex.ua). (научное редактирование).
- Такташов И.Р. к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (описание клинических случаев, написание текста статьи).
- Ивнева С.В. врач дерматовенеролог высшей категории, зав.отделением Республиканского клинического дерматовенерологического диспансера МЗ ДНР (консультирование больных, анализ литературных данных).
- Дричик Т.В. врач дерматовенеролог высшей категории, Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер МЗ ДНР (ведение пациентов, подбор и анализ литературных данных).

Небесная Л.В.

## ДИАГНОСТИКА КОРОНАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ: ОТВЕТЫ НА РАСПРОСТРАНЕННЫЕ ВОПРОСЫ К СПЕЦИАЛИСТАМ ЛАБОРАТОРНОЙ СЛУЖБЫ

*Клинико-диагностическая лаборатория ООО «БИО-ЛАЙН»*

### **Резюме**

Представлены ответы на наиболее часто задаваемые вопросы по обследованию и трактовке различных тестов лабораторной диагностики инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2.

**Ключевые слова:** *коронавирусная инфекция, лабораторные маркеры, диагностика, вопросы.*

---

Лабораторная диагностика инфекции, вызванной коронавирусом SARS-CoV-2, продолжает стремительно развиваться. Накапливаются новые знания об этом заболевании, появляются новые наборы реагентов. В связи с этим работникам лабораторной службы часто задают вопросы по результатам тестирования. В статье отражены ответы на наиболее частые и актуальные вопросы.

Для этиологической лабораторной диагностики COVID-19, как и других инфекционных заболеваний, используют прямые и непрямые (косвенные) методы. *Прямые методы:* выявление РНК или антигенов SARS-CoV-2. *Непрямые методы:* выявление специфических иммуноглобулинов классов А, М, G к SARS-CoV-2 (в т.ч. к рецептор-связывающему домену поверхностного гликопротеина S).

### **Материал, который исследуется для обнаружения РНК SARS-CoV-2**

Основным видом биоматериала для лабораторного исследования на РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР является материал, полученный при заборе мазка из носоглотки (из двух носовых ходов) и ротоглотки. Мазки со слизистой оболочки носо- и ро-

тоглотки собираются в одну пробирку для большей концентрации вируса. Один или несколько отрицательных результатов анализа не исключают возможность инфицирования COVID-19.

### **Факторы, приводящие к отрицательному результату обнаружения РНК SARS-CoV-2 методом ПЦР у больных:**

- образец содержит малое количество биоматериала (образец был собран поздно или на очень ранних этапах инфекционного процесса);
- плохое качество образца (образец отобран и/или транспортирован ненадлежащим образом);
- образец содержит ингибиторы ПЦР.

Мочу на наличие РНК SARS-CoV-2 исследовать нецелесообразно ввиду низкой концентрации вируса в этом биоматериале.

### **Иммунохроматографические тесты**

Для выявления антигена SARS-CoV-2 могут применяться тесты, в основе которых лежит метод иммунохроматографии: анализируемый образец абсорбируется поглощающим участком на поверхность тест-полоски; во время проведения анализа антиген из образца связывается с антителами к анти-

гену SARS-CoV-2, нанесенными на поверхность окрашенных микрочастиц и с антителами к антигену SARS-CoV-2, нанесенными на поверхность тест-полоски. В результате образуется комплекс, видимый в форме цветной линии. В качестве образца могут быть использованы мазки из носоглотки. Время проведения анализа 15-30 мин. Тесты применяются для экспресс-диагностики COVID-19 в ситуации, когда проведение исследования методом ПЦР невозможно. Положительный результат теста может рассматриваться как подтверждение COVID-19, отрицательный результат не позволяет исключить COVID-19.

### Выявление антител методом иммуноферментного анализа

Тестирование на антитела (АТ) 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 т.ч. 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.

При использовании тест-систем для качественного определения АТ результат выдается в виде индекса позитивности (ИП), который представляет собой расчетную величину, позволяющую оценить лишь относительный уровень АТ. Объем, сроки и кратность лабораторных исследований зависят от степени тяжести заболевания. Сравнить результаты ИП качественных тестов различных производителей не корректно. «Пересчет» невозможен. Можно лишь рекомендовать обследоваться в одной и той же лаборатории, с использованием одного и того же набора реагентов, чтобы оценивать результаты в динамике.

В настоящее время появились тесты для **количественного** определения АТ к SARS-CoV-2. Всемирной организацией здравоохранения принят международный стандарт - First WHO International Standard for anti-SARS-CoV-2 Immunoglobulin (Human), изданный NIBSC и устанавливающий в качестве единиц измерения международно-признанные единицы BAU/ml (BAU – «binding antibody units» – единицы связывающих антител). Категорически недопустимо применять тесты, предназначенные производителем для качественного определения уровня иммуноглобулинов, для определения **количества** иммуноглобулинов к SARS-CoV-2.

### Какой титр АТ считается протективным

В настоящее время такое значение не установлено. Определение IgG к SARS-CoV-2 количественным методом позволит оценивать напряженность иммунитета в динамике.

### Ложноположительные и ложноотрицательные результаты при обнаружении АТ

Ложноположительные результаты могут появляться при наличии в крови пациента т.н. перекрестно реагирующих АТ, сходных по своим иммунохимическим свойствам со специфическими АТ к другим коронавирусам, а также ревматоидному фактору Ig M. Ложноотрицательные результаты могут быть при исследовании биообразцов, взятых на серонегативном этапе развития инфекции, или при применении набора реагентов с низким уровнем чувствительности, или при обследовании пациентов со сниженным иммунитетом. Ложноположительные и ложноотрицательные результаты могут также появляться при нарушении правил проведения лабораторных исследований на всех этапах. Интерпретация результатов должна проводиться с учетом анамнеза и клинических данных, а также результатов других лабораторных и инструментальных исследований.

### Прогностические лабораторные маркеры

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. Клиническое значение имеет возрастание D-димера в 3-4 раза более возрастной нормы; удлинение протромбинового времени, особенно при тяжелом течении; снижение процента протромбина; увеличение фибриногена. Необходимо учитывать возрастные особенности: D-димер повышается после 50 лет в связи с накоплением хронических заболеваний. Расчет возрастного уровня верхней границы референтного интервала может быть выполнен по формуле:  $\text{возраст} \times 0,01 \text{ мкг/мл}$  (при измерении в единицах FEU). С осторожностью нужно подходить к исследованию D-димера у беременных. При беременности, даже физиологически протекающей, характерно повышение D-димера с существенным разбросом значений в этой группе. Вне инфекции SARS-CoV-2 D-димер не является определяющим в тактике и при назначении низкомолекулярных гепаринов. Клиническое значение его повышения при COVID-19 у беременных окончательно не определено. Наличие органной дисфункции, декомпенсации сопутствующих заболеваний и развитие осложнений, выявленные биохимическим анализом крови, имеют прогностическое значение и оказывают влияние на выбор лекарственных средств и/или режим их дозирования. Возможно повышение активности аминотрансфераз и креатинкиназы, концентрации тропонина, креатинина или мочевины. Уровень C реактивного белка (СРБ) коррелирует с тяжестью течения, распространенностью воспалительной инфильтрации и прогнозом при пневмонии. Концентрация СРБ увеличивалась у большинства пациентов, одновременно с увеличением интерлей-

кина-6 (ИЛ-6) и СОЭ в разной степени. ИЛ-6, ИЛ-10 и TNF- $\alpha$  возрастают во время болезни и снижаются при выздоровлении. Пациенты, нуждающиеся в госпитализации, имеют значительно более высокие уровни ИЛ-6, ИЛ-10 и TNF- $\alpha$  и сниженное количество CD4 и CD8 Т-клеток. Уровень ИЛ-6, ИЛ-10 и фактора некроза опухоли- $\alpha$  обратно коррелирует с количеством CD4 и CD8, ассоциированных с лимфопенией. Отмечено увеличение острофазового белка ферритина при неблагоприятном течении заболевания. При развитии острого респираторного дистресса (ОРДС) каждые 48 72 часа до стойкого получения отрицательных уровней необходимо определять: ИЛ 6, D димер, ферритин, фибриноген, СРБ, триглицериды, ЛДГ. Лабораторные показатели прогрессирующего синдрома активации макрофагов: 2х-3хростковая цитопения, нарастание уровня ферритина, СРБ, АЛТ, АСТ, ЛДГ, гипонатремия, гипофибриногенемия, снижение уровня антитромбина III, пролонгирование протромбинового времени и активированного частичного тромбопластинового времени. Гипервоспаление при COVID-19 может манифестировать цитопенией (тромбоцитопения и лимфопения), коагулопатией (тромбоцитопения, гипофибриногенемия и повышение D-димера крови), повреждением тканей/гепатитом (повышение активности ЛДГ, аминотрансфераз в сыворотке крови) и активацией макрофагов/гепатоцитов (повышение уровня ферритина). В диагностике и прогнозе течения сепсиса имеет значение уровень прокальцитонина:  $<0,5 \text{ мкг/л}$  - низкий риск бактериальной коинфекции и неблагоприятного исхода;  $>0.5 \text{ мкг/л}$  - пациенты с высоким риском, вероятно бактериальная коинфекция. Анализ на прокальцитонин при поступлении является дополнительной информацией для ранней оценки риска и исключения бактериальной коинфекции у пациентов с COVID-19. Развитие сердечно-сосудистых осложнений при COVID-19 также сопровождается лимфопенией, тромбоцитопенией, повы-



шением СРБ, МВ-фракции креатинкиназы, высокочувствительного тропонина и мозгового натрий-уретического пептида (NT pro-BNP). Для выявления пациентов группы риска необходимо рассмотреть регулярный контроль тропонина (ежедневно в ОРИТ, через день – у стационарных пациентов), контроль NT-proBNP как маркера миокардиального стресса. У пациентов с нарастающей одышкой и NT-proBNP  $\geq 2000$  пг/мл отмечен наивысший риск и приоритет для очного осмотра и госпитализации в ОРИТ, при значениях  $400 \leq \text{NT-proBNP} < 2000$  пг/мл пациенты относятся к группе с промежуточным риском.

### **Какое лабораторное обследование нужно проводить лицам с острой респираторно-вирусной инфекцией (ОРВИ)**

Лабораторное обследование всем лицам с признаками ОРВИ рекомендуется проводить на РНК SARS-CoV-2. Также возможно проведение лабораторного обследования с использованием теста на определение антигена SARS-CoV-2 в мазках из носо- и ротоглотки методом иммунохроматографии.

### **Какое значение имеет выявление АТ к SARS-CoV-2**

Выявление АТ к SARS-CoV-2 имеет вспомогательное значение для диагностики текущей инфекции и основное для оценки иммунного ответа на текущую или перенесенную инфекцию. Выявление АТ к SARS-CoV-2 проводится с использованием иммунохимических методов. Решение о тестировании на АТ к SARS-CoV-2 принимается лечащим врачом индивидуально, исходя из клинической целесообразности. АТ класса А (IgA) начинают формироваться и доступны для детекции примерно со 2 дня от начала заболевания, достигают пика через 2 недели и сохраняются длительное время. АТ класса М (IgM) начинают выявляться примерно на 7-е сутки от начала заражения, достигают пика через неделю и могут сохраняться в течение 2-х месяцев и более.

Примерно с 3-й недели или ранее определяются АТ класса G (IgG) к SARS-CoV-2. Особенностью гуморального ответа на инфекцию является небольшой временной промежуток между появлением АТ IgM и IgG, а иногда и одновременное их формирование. С целью диагностики COVID-19 непрямым методом рекомендуется проведение раздельного тестирования на АТ класса IgM/IgA и IgG, а также мониторинг появления АТ в динамике (детекция сероконверсии) — повторное тестирование в неясных случаях через 5-7 дней. Для определения наличия IgG рекомендуется использовать наборы реагентов с количественным определением титра АТ, что позволит оценивать напряженность иммунитета в динамике. Наличие IgG указывает на ранее перенесенную инфекцию. Как правило, при заболевании АТ вырабатываются как к нуклеокапсидному (N), так и к спайковому (S) белку коронавируса. Выявление IgG к спайковому (S) белку позволяет судить о наличии защитного иммунитета, который может сформироваться как после перенесенного заболевания, так и после вакцинации. Высокочувствительный полностью автоматизированный количественный тест для выявления IgG к вирусу SARS-CoV-2 позволяет отслеживать динамику уровня АТ, в т.ч. после вакцинации, и оценить, насколько меняется со временем устойчивость иммунного ответа к COVID-19.

### **Какое значение имеют биохимические анализы при SARS-CoV-2**

Общий и биохимический анализы крови пациентов с COVID-19 относятся к неспецифическим методам диагностики, но при этом играют большую роль в оценке тяжести заболевания, позволяют прогнозировать его развитие и исход, корректировать схемы лечения. Изменения лабораторных показателей крови зависят от стадии инфекции. Этих стадий три: *Этап инкубации*, во время которого вирус находится в носоглотке, клинические проявления минимальны или отсутствуют. *Этап генерализации*, когда вирус распространяется по сосудистому руслу, вза-

имодействует с экспрессирующими АПФ2 клетками и индуцирует иммунный ответ. Клинически проявляется лихорадкой. Если иммунная система реагирует адекватно, то постепенно происходит элиминация вируса и выздоровление. При гиперреакции развивается цитокиновый шторм. *Этап полиорганной недостаточности*, клинические проявления которого заключаются в нарушении функционирования органов с наиболее выраженными повреждениями микрососудистого русла.

### Какое значение имеет лимфоцитопения

Снижение уровня лимфоцитов, главных клеток иммунной системы - один из основных признаков при COVID-19. Лимфоцитопения встречается у 80% пациентов. В ряде ретроспективных исследований показана прямая связь между выраженностью лимфоцитопении и вероятностью развития острого респираторного дистресс-синдрома. Факторами, способствующими снижению уровня лимфоцитов при COVID-19, являются: лизис (непосредственное влияние вируса SARS-CoV-2 на лимфоциты); апоптоз (этому способствует повышенный уровень ИЛ); снижение лимфопоэза в костном мозге (при гиперактивации иммунной системы и продукции противовоспалительных цитокинов).

### Насколько важно соотношение нейтрофилы/лимфоциты

Основная составляющая популяции лейкоцитов, участвующая в уничтожении патогенных микроорганизмов - нейтрофилы, которые продуцируют сосудистый эндотелиальный фактор роста, противовоспалительные цитокины (ИЛ-1, ФНО,  $\gamma$ -IFN). В ряде исследований было показано, что повышенный показатель соотношения нейтрофилы/лимфоциты может рассматриваться как прогрессирование COVID-19. Соотношение более 3,13 расценивается как неблагоприятный признак с высоким риском летального исхода.

### О чем свидетельствует тромбоцитопения

Снижение уровня тромбоцитов связано, во-первых, с прямой инфекцией гемопозитических клеток костного мозга SARS-CoV-2, что приводит к угнетению кроветворения. Во-вторых, с увеличением их потребления, поскольку повреждение легочной ткани сопровождается активацией, агрегацией и удержанием тромбоцитов в местах повреждения, образованием тромбов. В большинстве исследований за пороговое значение количества тромбоцитов принималось  $150 \times 10^9/\text{л}$ . По результатам крупного китайского исследования количество тромбоцитов менее  $150 \times 10^9/\text{л}$  наблюдалось в 31,6% случаев, при этом у тяжелых пациентов - в 57,7% случаев. Тромбоцитопения статистически значимо ассоциирована с увеличением риска тяжелого течения COVID-19 более, чем в 5 раз. Динамика снижения уровня тромбоцитов ассоциирована с летальным исходом.

### О чем говорит повышение активности клеточных ферментов крови

Причинами повышения активности клеточных ферментов являются нарушение проницаемости мембраны клеток (при воспалительных процессах); нарушение целостности клеток (при некрозе); повышенная пролиферация клеток с ускорением клеточного цикла и др. *Аспаратаминотрансфераза (АСТ)*: Обратимо катализирует трансаминирование, в частности, межмолекулярный перенос аминокетогруппы с L-аспарагиновой кислоты на альфа-кетоглутаровую кислоту. Содержится во всех органах и тканях, больше всего в сердечной мышце. *Аланинаминотрансфераза (АЛТ)*: Обратимо катализирует трансаминирование, в частности, межмолекулярный перенос аминокетогруппы с аланина на альфа-кетоглутаровую кислоту. Содержится во всех органах и тканях, больше всего в клетках печени. Ретроспективное когортное исследование в США ( $n=130$ ) выявило повышение уровня трансаминаз в 56 % случаев у пациен-

тов с COVID-19. Повышенные уровни АСТ и АЛТ были связаны с тяжелым течением и худшим прогнозом, риск летального исхода у таких пациентов повышался в 2,9 раза.

### Какое клиническое значение креатинфосфокиназы (КФК)

Катализирует обратимую реакцию креатинина с участием АТФ, в результате чего образуются креатинфосфат и АДФ. Повышается при травмах, операциях, инфаркте миокарда, миопатиях, мышечных дистрофиях, отравлениях (сопровождающихся комой), инфекциях. Большинство исследователей отмечают повышенные уровни КФК почти у всех госпитализированных пациентов с COVID-19. Одна из причин повышения КФК - развитие воспалительной реакции в мышечной ткани. Метаанализ клинических проявлений (1995 пациентов) показал проявление миалгий в 35,8% случаев. Сообщается о развитии миокардита у пациентов с COVID-19. При аутопсии умерших пациентов описаны некроз миоцитов и инфильтраты мононуклеарных клеток в миокарде. Кроме того, высказываются предположения о том, что вирус может дестабилизировать имеющиеся атеросклеротические бляшки и обусловить развитие острых коронарных синдромов.

### Какое клиническое значение лактатдегидрогеназы (ЛДГ)

Катализирует обратимое восстановление пирувата до лактата. Повышается при остром повреждении сердца, эритроцитов, почек, скелетных мышц, печени, легких, кожи. В норме в перечисленных органах и тканях уровень ЛДГ более, чем в 500 раз выше, чем в сыворотке крови.

### Изменяются ли уровни электролитов - Na, K, Ca

У большинства пациентов, находящихся на стационарном лечении, отмечается снижение уровня Na, K, Ca в крови. Так, в пяти исследованиях с общей выборкой 1415 пациентов (17,8% с тяжелой формой

COVID-19) выявлено значительное снижение Na (ДИ 1,33–0,5 ммоль/л), K (ДИ 0,18–0,07 ммоль/л), Ca (ДИ 0,25–0,20 ммоль/л). У 20% пациентов с тяжелой инфекцией COVID-19 отмечается гипокалиемия. Ее вероятные причины: увеличение экскреции K почками, потери K с диареей и рвотными массами, повышенное потоотделение при лихорадке, ведущее к потере электролитов, в т.ч. K.

### Какое значение имеют белки острой фазы

Самый распространенный белок острой фазы, определение которого используется в клиниках, это СРБ. Его основные функции - ограничение поврежденных тканей, нейтрализация воспалительного агента, запуск механизмов репарации для восстановления повреждений. При остром воспалении концентрация СРБ в течение 12 часов повышается в десятки и сотни раз. У 60 % пациентов с COVID-19 СРБ повышен с первых дней заболевания! Для того, чтобы как можно раньше диагностировать присоединение вторичной бактериальной инфекции в условиях стационара, необходимо использовать определение прокальцитонина (ПКТ). Повышенный уровень ПКТ - предиктор неблагоприятного исхода заболевания, он говорит о том, что к коронавирусной инфекции присоединилась бактериальная флора и пациенту требуется назначение антибактериальных препаратов. Дополнительно уровень СРБ может использоваться как косвенный маркер активности ИЛ-6.

### Какое значение интерлейкина-6 (ИЛ-6)

ИЛ-6 является маркером цитокинового шторма, его избыточное образование ведет к повреждению тканей, усилению проницаемости сосудов, снижению сократимости миокарда и др. Определение ИЛ-6 применяется при оценке прогноза тяжести синдрома высвобождения цитокинов, а также при мониторинге эффективности терапии блокаторами рецепторов ИЛ-6. Повышенный

уровень ИЛ-6 наблюдается более, чем в 50 % случаев при COVID-19. Исследования показали, что по мере прогрессирования тяжести заболевания уровни противовоспалительных цитокинов в сыворотке также увеличиваются и имеют корреляцию с летальностью. Согласно метаанализу, средний сывороточный уровень ИЛ-6 у пациентов с тяжелым течением в 2,9 раза выше, по сравнению с нетяжелым течением заболевания. Пороговые значения сывороточного ИЛ-6 для выявления пациентов с риском тяжелого течения инфекции - 55 нг/мл, риском летального исхода — 80 нг/мл.

### Какое клиническое значение ферритина

Цитозольный белок (способен связывать до 4500 атомов железа), состоящий из легкой (L) и тяжелой (H) субъединиц, соотношение которых варьируется и может изменяться при воспалительных и инфекционных заболеваниях. Уровень ферритина в плазме обычно отражает общие запасы железа в организме, при этом 1 нг ферритина на 1 мл указывает примерно на 10 мг общих запасов железа. Ферритин является ключевым медиатором иммунной дисрегуляции при тяжелом прогрессирующем течении COVID-19. Метаанализ 6320 пациентов показал повышение уровня ферритина у тяжелых пациентов. Ретроспективное многоцентровое исследование выявило повышенные уровни ферритина - в среднем 1297,6 нг/мл у умерших пациентов против 614,0 нг/мл у выживших.

### Какое клиническое значение имеют D-димеры

Продукты распада фибринового сгустка, образуются в результате расщепления плазмином стабильного фибрина. По их уровню можно оценить процессы тромбообразования и фибринолиза. Референтное значение до 500 нг/мл. Повышенный уровень D-димера наблюдается при тромбозах, тромбоэмболиях, массивных поражениях тканей,

обширных гематомах, обширных хирургических вмешательствах, сепсисе, ИБС, сердечной недостаточности, онкологических и тяжелых инфекционных заболеваниях, осложнениях в послеродовом периоде, тяжелых заболеваниях печени. У пациентов с COVID-19 часто повышен уровень D-димера, высокая концентрация которого является предиктором летального исхода. Эксперты Международного общества специалистов по тромбозу и гемостазу (ISTH) полагают, что повышение уровня D-димера в 3–4 раза у пациента с COVID-19 является самостоятельным показанием для госпитализации.

### Как правильно подготовиться к исследованию на COVID-19?

Не принимать пищу в течение 2-3 часов до исследования, можно пить чистую негазированную воду. Не курить в течение 30 минут до исследования.

### Общая информация об исследовании

Коронавирусная инфекция COVID-19 – это инфекционное заболевание, вызывается новым штаммом вируса SARS-CoV-2, который был выявлен в декабре 2019 г. COVID-19 распространяется между людьми воздушно-капельным путем при прямом контакте или по воздуху на расстоянии около полутора метров друг от друга. После инфицирования симптомы COVID-19 могут появиться в течение 2-х недель, в основном, это лихорадка, кашель, одышка. Среди других симптомов отмечают насморк, потерю обоняния, головную боль, слабость, диарею и тошноту. Считается, что пожилые люди, беременные женщины, люди с хроническими заболеваниями, курильщики находятся в группе повышенного риска. Также встречается бессимптомное носительство вируса, носителями чаще всего становятся дети и молодые взрослые. Они могут передавать вирус другим людям при контакте, при этом у них самих не развиваются симптомы заболевания.

### Что означают результаты?

Концентрация	Результат	Интерпретация
0,0 - 12,0 ОЕ/мл	Отрицательный	Отрицательный результат свидетельствует об отсутствии или очень низком уровне АТ IgG к вирусу. Отрицательный результат может быть получен у инфицированного пациента в течение инкубационного периода и на ранней стадии инфекции.
12,0- 15,0 ОЕ/мл	Сомнительный	Сомнительный результат свидетельствует о низком уровне АТ IgG к вирусу. Рекомендуется повторное исследование через 1-2 недели.
≥ 15,0 ОЕ/мл	Положительный	Положительный результат указывает на наличие высокого уровня АТ к вирусу.

Анализ крови на АТ IgG к вирусу SARS-CoV-2 – исследование, которое помогает проверить наличие АТ IgG в крови к возбудителю новой коронавирусной инфекции COVID-19. Инфекционный процесс сопровождается выработкой АТ двух типов: IgM и IgG. IgM производятся первыми, их уровень быстро нарастает в начале инфекции, достигая максимума в острый период болезни, а затем постепенно снижается, полностью исчезая к моменту выздоровления. IgG начинают появляться в крови примерно через 3-4 недели после инфицирования и могут сохраняться длительное время. Выявление IgG к возбудителю COVID-19 свидетельствует, что человек выздоравливает или переболел коронавирусной инфекцией. Качественное исследование отображает наличие или отсутствие АТ в крови, но не определяет их количество. Для этого выполняют **количественный тест на IgG**, который показывает концентрацию АТ, что позволяет определить стадию инфекционного процесса и дает возможность рассчитать напряженность иммунитета, то есть уровень восприимчивости к данной инфекции.

### Для чего используется это исследование?

Для выявления переболевших коронавирусной инфекцией COVID-19. Для оценки эффективности вакцинации, а также напряженности и длительности иммунитета к COVID-19 после вакцинации.

### Когда назначается исследование?

При диагностике недавно перенесенной коронавирусной инфекции, в т.ч. бессимптомного течения заболевания. При дифференциальной диагностике заболеваний, схожих с коронавирусной инфекцией COVID-19. При оценке АТ в динамике.

### Важные замечания

Связь между наличием IgG в крови и формированием стойкого иммунитета к коронавирусной инфекции COVID-19 до сих пор достоверно не установлена.

### Кто назначает исследование?

Терапевт, врач общей практики.

## Список литературы

1. Amanat, F. A serological assay to detect SARS-CoV-2 seroconversion in humans [Text] / F. Amanat [et al.] // Nat. Med. – 2020. – Vol. 26. – P.1033–1036. <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0913-5>.
2. Chan, V.W. A systematic review on COVID-19: urological manifestations, viral RNA detection and special considerations in urological conditions [Text] / V.W. Chan [et al.] // World J. Urol. – 2020. – Vol. 27. – P.1–12. doi: 10.1007/s00345-020-03246-4. Epub ahead of print. PMID: 32462305; PMCID: PMC7251800.
3. Liu, Y. Diagnostic indexes of a rapid immunoglobulin G/immunoglobulin M combined antibody test for

- severe acute respiratory syndrome coronavirus 2* [Text] / Y. Liu [et al.] // *Chin. Med. J. (Engl)*. – 2020. – Vol. 134(4). – P.475-477. doi: 10.1097/CM9.0000000000001204. PMID: 33323816; PMCID: PMC7909467.
4. Xiang, F. *Antibody Detection and Dynamic Characteristics in Patients With Coronavirus Disease 2019* [Text] / F. Xiang [et al.] // *Clin. Infect. Dis.* – 2020. – Vol. 71(8). – P.1930-1934. doi: 10.1093/cid/ciaa461. PMID: 32306047; PMCID: PMC7188146.
  5. Никифоров В.В., Суранова Т.Г., Миронов А. Ю., Забозлаев Ф.Г. *Новая коронавирусная инфекция (COVID-19): этиология, эпидемиология, клиника, диагностика, лечение и профилактика.* – М., 2020. – 48 с.
  6. 11 версия Временных методических рекомендаций по профилактике, диагностике и лечению новой коронавирусной инфекции (COVID-19). МЗ РФ 07.05.2021г. утверждена.
  7. Изменение лабораторных показателей при COVID-19 (<https://medvestnik.by/konspektvracha/izmenenie-laboratornykh-pokazatelej-pri-covid-19>)

*Nebesnaya L. V.*

### DIAGNOSTICS OF CORONAVIRUS INFECTION: ANSWERS TO COMMON QUESTIONS TO THE SPECIALISTS OF THE LABORATORY SERVICE

*Clinical diagnostic laboratory «BIO-LINE»*

#### **Summary**

Provides answers to the most frequently asked questions about the examination and interpretation of various tests for laboratory diagnosis of infection caused by the SARS-CoV-2 coronavirus.

**Key words:** *coronavirus infection, laboratory markers, diagnostics, questions.*

#### **Авторская справка и долевое участие**

Небесная Л.В. врач клинической лабораторной диагностики высшей категории, зав. клиничко-диагностической лаборатории ООО «Био-лайн», [office@bio-line.com.ua](mailto:office@bio-line.com.ua)

*Базиан-Кухто Н.К., Кухто А.П., Костямин Ю.Д., Ляликов С.С.*

## ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В ПРАКТИКЕ ПЕДАГОГОВ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

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

### **Резюме**

Понимание целей и задач, стоящих перед высшей школой, дает возможность конкретизировать их на уровне педагогической работы. Высокий уровень научной компетентности в сочетании с педагогическим мастерством, культурой преподавателей, а также внедрение психологической науки в педагогическую практику - реальная реализация эффективности учебного процесса в высшей школе, принципов демократизации и гуманизации высшего образования.

**Ключевые слова:** педагог высшей школы, психология, научная компетентность.

---

Подготовка квалифицированных кадров, способных к творческому труду, росту как профессионалов, освоиванию и введению высоконаучных и информационных технологий, которые составят конкуренцию на трудовом рынке, является первым в приоритете направлением политики государства по развитию высшего образования.

Высокий уровень научной компетентности в сочетании с педагогическим мастерством и культурой преподавателей, внедрение психологической науки в педагогическую практику - реальная цель эффективности учебного процесса в высшей школе, реализация принципов демократизации и гуманизации высшего образования [2].

Педагогика высшей школы - наука о структуре обучения и возвращении студентов, а также об их подготовке в научной и профессиональной сферах как специалиста в согласовании с условиями государства. Педагогика высшей школы анализирует правила поведения, принципы организации педагогического процесса, предусматривает определение задач, фабул, форм, методов, способов привлечения студентов к овладе-

нию общественным опытом человечества, его культурными ценностями, создание для этого приемлемых условий в различных направлениях деятельности личности с целью обеспечения ее положительных изменений, формирования и развития, а также анализ исходов процесса и его корректировки по мере необходимости.

Научная и прикладная отрасль психологии высшей школы разрешает ряд практических, научно-познавательных и диагностико-коррекционных вопросов. К важнейшим задачам психологии высшей школы относят:

- разработку научной психолого-методической базы для контролирования процесса, полноценности и среды психического развития студентов, их ростом личностей и становлением как профессионалов;
- доказательство оптимизированных форм учебно-профессиональной деятельности и коммуникации студентов, что способствует уяснению ими множества профессиональных функций и важных социальных ролей;

- разработку личностно-ориентированных технологий обучения студентов, психологическое обоснование новейших дидактических проектов и педагогических исследований в высшей школе;
- поиск результативных путей (методов и средств) основательной психологической подготовки студентов, повышения уровня их общей культуры и психологической осведомленности, как предпосылки демократизации, гуманитаризации и гуманизации образования;
- психологическая помощь и поддержка участников педагогического процесса, особенно в период личностных переломов и профессионального самоутверждения [3].

Главными категориями педагогики высшей школы выделяют: преподавание, образование и воспитание. С помощью воспитания студенческой молодежи формируют в обучении заведении высшего образования этически-психологическую готовность самоотверженно работать по намеченной специальности. Образование - процесс и результат усвоения индивидом опыта, достижения им значительного образовательного уровня, приобщение к культурным ценностям. Педагогика использует и междисциплинарные понятия: человек, личность, формирование, особенности, социализация и др.

Понятийный аппарат психологии высшей школы составляют такие понятия, как «профессиональная направленность», «профессиональная социализация», «профессиональная идентичность», «Я концепция-студента», «адаптация», «профессиональная готовность» и др. [1].

Педагогика высшей школы выполняет следующие функции:

- аналитическую (теоретическое изучение, описание, анализ педагогических процессов и причинно-следственных связей, анализирование, обобщение и интерпретация оценки педагогического опыта);

- прогностическую (обеспечение научного обоснования целей, планирование педагогического процесса, продуктивного руководства образовательной политикой)
- проективно-конструктивная (разработка современных технологий и внедрения достижений экспериментов) [4].

Среди животрепещущих научно-исследовательских задач психологии высшей школы выделяют:

1. Психологическая аргументация профессии программы современного специалиста высшей квалификации (педагога, психолога, врача, менеджера, инженера и т.д.), на основе которой разрабатываются стандарты государства по векторам и специальностям подготовки профессионалов в системе многоуровневого высшего образования.
2. Выявление социокультурных, общественно-психологических и дидактических факторов социализации личности будущего специалиста для проектирования специфической траектории становления каждого студента в течение всех курсов его обучения.
3. Разработка психологических базисов комплектования у студентов и преподавателей национального самосознания, активного расположения, и расширения общеобразовательного участка.
4. Ознакомление с психологическими закономерностями диалога студента и компьютера, разработка психологических основ компьютеризации научно-учебного процесса в высшей школе.
5. Исследование психологических тонкостей приготовления научно-педагогических кадров, становление будущих преподавателей на протяжении обучения в магистратуре и аспирантуре;
6. Изучение психологических базисов научного творчества, совершенствование профессионализма и повышение педагогического искусства преподавателей.



К диагностически-коррекционным задачам психологии высшей школы класса относят:

- разработка методов профессиональной ориентации старшеклассников (особенно тех, кто имеет профессиональную подготовку по педагогическим направлениям) и обоснование системы профессионального отбора молодежи в высших учебных заведениях (особенно к тем, кто осуществляет профессиональную подготовку по педагогическим направлениям)
- диагностика установок личности самого себя для формирования положительной «Я-концепции» - ядро будущего специалиста;
- определение уровня психологической готовности первокурсников к обучению в высшей школе и разработка предпосылок успешной их адаптации;
- формирование состояния взаимодействия преподавателей и студентов, для налаживания оптимального педагогического взаимодействия, для конструктивного решения возможных межличностных конфликтов [5].

Педагогика высшей школы является теоретической и прикладной наукой. Как

теоретическая наука она отражает причинно-следственные отношения в воспитании, обучении и подготовке будущих специалистов. Такая теория представляет собой систему идей, действующая на их размещение и руководство. Она показывает, что использование этой системы высшей школы, направляет работу школы в сторону желаемой цели, показывает, как наилучшим образом соответствует поставленным целям. [6].

Понимание целей и задач, стоящих перед высшей школой, дает возможность конкретизировать их на уровне педагогической работы, то есть в процессе учебной и воспитательной работы преподавателей высшей школы.

Предпосылками достижения этой цели являются:

- a. усвоение теоретических положений (принципов) психологии высшей школы, на основе которых можно выполнять функции по каждой научной дисциплине;
- b. овладение, развитие навыков педагогического поведения преподавателя и студента;
- c. конкретизация содержания самовоспитания будущего преподавателя высшей школы и др.

## Список литературы

1. Глузман, Н.А. Проблема формирования профессионального имиджа будущего социального педагога в процессе подготовки в высшем учебном заведении [Текст] // Проблемы современного педагогического образования. - 2016. - № 53 (1). - С. 74–79.
2. Красноперова, Н.А. Межличностные отношения и коммуникации: учеб. пособие [Текст] / Н.А. Красноперова. - Красноярск: СибГТУ, 2015. - 146 с.
3. Психология и педагогика высшей школы: краткий курс лекций для аспирантов, магистров, слушателей системы повышения квалификации и преподавателей [Текст] / сост.: И.В. Рыжкова, Н.А. Щербакова. - Саратов: ГАУ, 2014. - 134 с.
4. Романов, В.А. Подготовка выпускников педагогических вузов к реализации ФГОС [Текст] / В.А. Романов, В.В. Коритчук // *European Social Science Journal* (Европейский журнал социальных наук). - 2016. - № 2 (64). - С. 346–352.
5. Чухров, А.С. Роль воспитательного компонента в профессионально-личностном становлении студентов технического университета [Текст] / А.С. Чухров // *Сиб. пед. журн.* - 2015. - № 1. - С. 27–31.
6. *The effect of teachers emotional intensity and social support on burnout syndrome. A comparison between Italy and Switzerland. Revue Européenne de Psychologie Appliquée [Text] / C. Fiorilli [et al.] // European Review of Applied Psychology.* - 2015. - №65. - P.275–283. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.erap.2015.10.00>.

*Baziyana-Kuhto N.K., Kuhto A.P., Kostyamin Yu.D., Lyalikov S.S.*

### FUNDAMENTALS OF PSYCHOLOGY IN PRACTICE HIGHER SCHOOL TEACHERS

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

#### **Summary**

Understanding the goals and objectives of higher education makes it possible to concretize them at the level of pedagogical work. A high level of scientific competence combined with pedagogical skill and culture of teachers, the introduction of psychological science into pedagogical practice is a real implementation of the effectiveness of the educational process in higher education, the implementation of the principles of democratization and humanization of higher education.

**Key words:** *higher education teacher, psychology, scientific competence.*

#### **Авторская справка и доленое участие**

- |                   |   |
|-------------------|---|
| Базиян-Кухто Н.К. | к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, +380714118735 (разработка дизайна исследования, обзор публикаций по теме статьи). |
| Кухто А.П.        | д.мед.н., доцент кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (анализ полученных данных, обзор публикаций по теме статьи).                                  |
| Костямин Ю.Д.     | к.мед.н., заведующий кафедрой сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (получение данных для анализа, обзор публикаций по теме статьи).              |
| Ляликов С.С.      | студент, 6 курс, лечебный факультет № 2 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор публикаций по теме статьи, написание текста рукописи).                                    |

Пацкань И. И.

## ПСИХОПРЕВЕНТИВНЫЙ ИНФОРМАЦИОННЫЙ БУКЛЕТ «ГИД ПЕРВОКУРСНИКА» КАК СОСТАВЛЯЮЩАЯ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА С РАССТРОЙСТВАМИ АДАПТАЦИИ, ИМЕЮЩИХ ОПЫТ ТАБАКОКУРЕНИЯ

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

### *Резюме*

Описаны особенности психопреventивного информационного буклета «Гид первокурсника», как составляющей модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения. Психопреventивный информационный буклет «Гид первокурсника» предназначен для оказания своевременной медико-социальной помощи указанным студентам.

**Ключевые слова:** *наставники-старшекурсники, лица молодого возраста, расстройства адаптации.*

---

Расстройства адаптации являются одной из самых актуальных проблем мировой психиатрии. По данным литературы субклинические проявления расстройств адаптации выявляются у студентов младших курсов высших учебных заведений (ВУЗ), что традиционно вызывает интерес психиатров. С одной стороны, это связано с новыми, достаточно сложными для бывшего школьника требованиями высшего учебного заведения, где активизируются все его возможности и возникает комплекс переживаний, связанных с оценкой соответствия между требованиями от него усилиями и имеющимися в его распоряжении ресурсами [3]. С другой стороны, ВУЗ предъявляет высокие требования для студента-первокурсника в студенческом коллективе, формирует навыки и умения рациональной организации умственной деятельности, направляет на выработку оптимального режима труда, досуга и быта,

развивает и воспитывает профессионально значимые качества личности. Их повышенная уязвимость приводит к расстройствам адаптации, что может проявиться в психологических затруднениях, сопровождающихся развитием различных форм зависимостей, самым распространенным из которых является табакокурение [2,4]. Непосредственной задачей каждого ВУЗа, является помощь студентам в адаптации к совершенно новым условиям обучения и другой системе социальных отношений [1].

**Цель работы.** Разработать психогигиенические и психопреventивные мероприятия для лиц молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения, для оказания своевременной медико-социальной помощи указанному контингенту.

**Основная часть.** Ежегодно в государственной образовательной организации

высшего профессионального образования «Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького» (ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО) на медико-фармацевтический факультет поступает всё больше студентов, которые хотят освоить специальности медико-профилактического дела и фармации.

Для студентов-первокурсников медико-фармацевтического факультета до тожественного собрания «Вручения белых халатов» кураторами-старшекурсниками была проведена психогигиеническая и психопреентивная работа. Одним из направлений этой деятельности была разработка психогигиенического, психопреентивного информационного буклета «Гид первокурсника», который студенты-кураторы старших курсов подготовили к новому учебному 2020-2021 году и вручили своим молодым коллегам вместе с добрыми пожеланиями и словами напутствия. На страницах этого буклета представлена информация, необходимая для студентов первого курса в первые дни, недели и месяцы их обучения. В нем собрана информация о ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. Горького, медико-фармацевтическом факультете, образовательной системе, учебных корпусах, предоставлен план территории университета и указаны контактные данные. В этом буклете студенты нашли основную информацию о деканате медико-фармацевтического факультета, а техническую помощь в возникающих вопросах оказывали наставники – кураторы групп.

На заглавной странице психогигиенического, психопреентивного информационного буклета «Гид первокурсника» старшие товарищи приветствуют и принимают поступивших первокурсников в ряды студентов университета, представляя герб медико-фармацевтического факультета.

На второй странице происходит знакомимся с ректором университета, член-корр. НАМНУ, доктором медицинских наук, профессором Игнатенко Григорием Анатольевичем.

Следующая страница посвящена истории самого университета. Здравоохранение Донбасса берет свое начало с 1873 г., когда в рабочем поселке Юзовка, была открыта первая больница на 10 коек. На протяжении многих лет инфраструктура развивалась всё больше, увеличивалось количество жителей и медицинских работников катастрофически не хватало.

В то время в Украине подготовку врачей осуществляли всего 4 медицинских института – Киевский, Харьковский, Одесский и Днепропетровский. Нужен был пятый вуз. 12 июня 1930 г. было принято решение об открытии в городе Сталино медицинского института. Необходимое оборудование для кафедр ВУЗа привезли из Киева, Харькова, Одессы и Москвы.

Днем рождения Сталинского (Донецкого) медицинского института считается 28 ноября 1930 г., когда Николай Дмитриевич Довгяло прочел первую лекцию по анатомии для студентов 1 курса.

В 1933 г. срок обучения был увеличен до 5 лет. В 1936 г. были введены государственные экзамены для выпускников и экзаменационная система в течение всего периода обучения, повысившие ответственность студентов за качество обучения.

Решение о том, что ВУЗ будет носить имя пролетарского писателя - гуманиста Максима Горького было принято в 1934 г. на общепитутском комсомольском собрании.

В 1939 г. к лечебно-профилактическому факультету присоединили педиатрический и санитарно-гигиенический. Их деканами соответственно были назначены профессора А.В. Анучин и Н.Л. Кричевский.

За время существования вуза им руководили 10 ректоров. С февраля 2017 г. университетом руководит член-корреспондент НАМН Украины, лауреат Государственной премии Украины в области науки и техники, Заслуженный деятель науки и техники Украины, доктор медицинских наук, профессор Григорий Анатольевич Игнатенко.

Далее в буклете «Гид первокурсника» содержится информация о медико-фармацевтическом факультете. Происходит ознакомление студентов-первокурсников с историей их родного факультета. На нем обучаются студенты по двум специальностям: фармация и медико-профилактическое дело. Поэтому с полным правом можно считать, что медико-фармацевтическом факультет является преемником фармацевтического и санитарно-гигиенического факультетов Университета. Факультет был создан решением Ученого совета Университета 01 сентября 2019 г.

Санитарно-гигиенический факультет был открыт в Сталинском медицинском институте в 1939 г.

Санитарно-гигиенический факультет начал свою биографию с 1 сентября 1939 г. Становление факультета неразрывно связано с образованием кафедр гигиены, эпидемиологии, микробиологии, профпатологии и инфекционных болезней. В послевоенные годы деятельность санитарно-гигиенического факультета была восстановлена в начале 1944 г., когда из эвакуации вернулся профессор Л.И. Майзельс, который исследовал влияние фашистской оккупации на физическое развитие детей Донецкой области.

Первым деканом был назначен доцент кафедры биологии и медицинской паразитологии А.О. Слюсарев. В 1956-57 гг. были организованы профильные кафедры — коммунальной гигиены и гигиены питания. В феврале 1958 г. появились кафедры эпидемиологии и гигиены труда, а в сентябре 1958 г. — гигиены детей и подростков. В 1972 г. был сдан в эксплуатацию 3-й учебный корпус, в котором разместились все гигиенические кафедры.

Гигиеническая школа Университета может по праву гордиться выдающимися учеными, которые внесли весомый вклад в развитие отечественной медицинской науки: профессора В.Я. Уманский, И.И. Солдак, И.П. Гребняк, Д.О. Ластков, В.И. Агарков, Г.А. Бондаренко, А.С. Прилуцкий, Г.К.

Кривобок, М.И. Тарапата, А.А. Сохин, Н.В. Гринь, В.Д. Ванханен, Г.А. Анищенко, Ю.Н. Талакин, В.К. Патратий; А.Б. Ермаченко, А.П. Селиванов, А.А. Калашников, В.С. Сауткин, Г.П. Кондратенко, Ю.И. Николенко, О.А. Ластков, А.О. Слюсарев, В.Е. Любомудров, З.В. Крюкова, В.В. Мухин, В.Ф. Мариевский, А.А. Шаптала, Е.А. Деркачев и др.

В 1991 г. произошло объединение двух факультетов (педиатрического и медико-профилактического) в медицинский факультет № 3. Его возглавляли проф. В.Н. Грона, затем проф. А.И. Герасименко, после него доц. И.В. Коктышев и доц. О.А. Лихобабина.

Фармацевтический факультет основан в 2001 г., когда был проведен первый набор студентов по специальности «Фармация». Деканом был назначен к. фарм.н. В.Н. Хоменко. Весомый вклад в процесс создания и становления фармацевтического факультета внес профессор Н.В. Антипов, работавший заместителем декана с момента основания факультета до 2008 г. С сентября 2011 г. фармацевтический факультет возглавила доцент И.П. Бухтиярова.

В 2001 г. были основаны профильные кафедры: кафедра фармакогнозии, технологии лекарств и медицинской ботаники (первый зав. профессор В.М. Остапко); кафедра фармацевтической и токсикологической химии (первый зав. д.хим.н. А.Г. Матвиенко); кафедра управления и экономики фармации (первый зав. д.фарм.н. В.Н. Хоменко); кафедра клинической фармакологии, клинической фармации и фармакотерапии (зав. с момента основания и по настоящее время профессор С.В. Налетов). В создании материально-технической базы кафедр оказали помощь предприятия фармацевтической отрасли Донбасса.

В 2007 г. выпускники фармацевтического факультета получили первые дипломы. В 2011 г. открыта интернатура по специальности «Общая фармация». В 2013 г. начата подготовка провизоров по заочной форме обучения.

На следующем этапе происходит знакомство с деканатом медико-фармацевтического факультета, деканом которого является кандидат медицинских наук доцент Пацкань Игорь Иванович, его заместителями: по подготовке фармацевтов очной и заочной форм обучения - кандидат медицинских наук доцент Потапов Александр Анатольевич, по подготовке медико-профилактического дела - кандидат медицинских наук доцент Ежелева Марина Игоревна.

Далее студентам первого года обучения представляют работников деканата: помощник декана по воспитательной работе – Буканов Евгений Кириллович, помощник декана по производственной практике студентов – Остренко Владислав Владимирович, старший инспектор по специальностям медико-профилактическое дело и фармация очная форма обучения – Гордынская Елена Ивановна, диспетчер по специальности фармация заочная форма обучения – Барыбина Наталья Геннадьевна, а также адрес, телефон, e-mail и время работы деканата.

Затем на очередном листе психогигиенического, психопреventивного информационного буклета «Гид первокурсника» идет знакомство с расположением кафедр (дисциплин) по корпусам университета. Наглядно показан их внешний вид и официальные/неофициальные названия, для более быстрого запоминания первокурсниками. Здесь представлен учебный корпус № 1 (главный корпус, морфологический, «Морфик», «Розовый», «Персиковый»), учебный корпус № 2 («Химический корпус», «Зелёный корпус», «Зелёнка», «За остановкой»), учебный корпус № 3 (санитарно-гигиенический корпус, Сан-Гиг, «Высотный»).

На последующих двух страницах представлен план территории Университета и схема расположения корпусов ДОКТМО («клиника Калинина»). После изучения студентами-первокурсниками кампуса, кураторы-старшекурсники проводят экскурсию с фотосессией по этим территориям, ориентируясь на предоставленные карты, причем некоторые кураторы в креативной форме в виде квеста.

Далее в буклете указываются кафедры для студентов 1-го курса ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО с уточнением дисциплины, названием кафедры, заведующим кафедрой, местоположением (здание, этаж), а также другие помещения и отделы с указанием месторасположения (№ корпуса и этаж).

Следующая страница психогигиенического, психопреventивного информационного буклета «Гид первокурсника» знакомит с уставом университета. Начинается данная страница с лозунга: «СТУДЕНТЫ, ПОМНИТЕ ВСЕГДА!».

Далее идет призыв наставников: «Вы поступили и учитесь в одном из самых престижных медицинских вузов. Впереди у вас многообещающая карьера, исключительный опыт, тысячи спасённых жизней. Все это ко многому обязывает и очень скоро жизнь начнет строго спрашивать с вас за каждый промах. Прежде чем переступить через порог Университета, остановитесь, оглянитесь и задумайтесь: всегда ли и во всём вы поступаете в соответствии с правилами хорошего тона? Задумайтесь сейчас, через шесть лет может быть поздно. А мы расскажем вам, как принято вести себя в стенах нашего ВУЗа.

В ДОНЕЦКОМ НАЦИОНАЛЬНОМ МЕДИЦИНСКОМ УНИВЕРСИТЕТЕ ИМЕНИ М.ГОРЬКОГО ПРИНЯТО:

1. Здороваться и прощаться с однокурсниками, профессорско-преподавательским составом, сотрудниками университета.
2. Приходить в Университет опрятным, аккуратно одетым, всегда помнить, что идёте вы не на дискотеку и не на спортплощадку. Преподаватель имеет право попросить студента покинуть занятие, если он одет не по форме, например, в спортивном костюме, в пляжных шортах или без халата. В Университете обязателен деловой стиль одежды и медицинская форма. Девиз преподавателей: «Нет халата – нет студента».

3. Считать, что студент готов к занятиям, если у него в сумке лежит чистый, глаженный халат, медицинская шапочка, сменная обувь, маска, перчатки, тетради, альбомы, ручки и цветные карандаши.
4. Видеть у девушек сдержанный макияж, неброские украшения, ухоженные недлинные ногти.
5. Соблюдать пропускной режим: при входе в любые здания ВУЗа предъявлять студенческий билет без напоминания со стороны охраны и дежурных.
6. Помнить, что если у входных дверей в корпуса образовалась очередь, то студенты должны пропускать преподавателей, мужчины – женщин.
7. Помнить, что войдя в здание, мужчины должны снять головные уборы (любые, от меховых шапок до бейсболок).
8. Сдавать верхнюю одежду в гардероб, надевать сменную обувь перед входом на кафедру.
9. Следить за своей речью. Помните: не все, что вы можете себе позволить, общаясь со сверстниками, уместно в разговоре с преподавателями. Не допускайте фамильярности, нецензурных и жаргонных выражений.
10. Вставать при появлении преподавателя.
11. Приходить на занятия за несколько минут до их начала, чтобы успеть надеть медицинскую форму и сменить обувь. Опоздавшие на занятия не допускаются.
12. Прежде чем войти в аудиторию, отключать все средства мобильной связи или включать режим «Тишина» (это международное правило этикета).
13. Не допускать на занятиях никаких лишних звуков, начиная от посторонних разговоров и прочее.
14. Обращать на себя внимание преподавателя, чтобы иметь возможность задать ему вопрос, с помощью старого доброго способа – поднятой руки.
15. Принимать пищу в предназначенных для этого местах: в буфетах и столовой. Никаких булочек и стаканчиков в аудиториях быть не должно. В Университете

достаточно урн, чтобы донести до ближайшей из них любой мусор, а плевать и сорить себе под ноги, лепить куда попало жевательную резинку – это даже не неприличие, а просто невоспитанность.

16. Не курить на всей территории Университета, не употреблять спиртные и слабоалкогольные напитки – это запрещено приказом ректора.
17. Не демонстрировать близкие отношения на людях. Это вопиющее неуважение не только к окружающим, но и друг к другу.

Теперь остановитесь и задумайтесь. Если вы знаете все эти правила поведения и собираетесь им следовать в повседневной жизни, то вас можно поздравить – вы уже на полпути к овладению профессией врача.

Университет – это дом, в котором вам предстоит прожить пять/шесть лет. А дом украшают не только стены, но и – в первую очередь – люди. Впечатление об Университете, которое складывается у его гостей, будь то случайные посетители или руководители крупных министерств и клиник, во многом зависит и от вас. В конечном итоге от вас зависит и ваше собственное будущее. Будьте же достойны и своего ВУЗа и выбранного вами жизненного пути».

**«ЗАПОМНИТЕ! ВЫСОКАЯ КУЛЬТУРА ПОВЕДЕНИЯ И УВАЖЕНИЯ К ОКРУЖАЮЩИМ – ПОВСЕДНЕВНАЯ НОРМА БУДУЩЕГО ВРАЧА!».**

В заключении происходит презентация гимна и герба родного Университета.

Мишенями психокоррекции выступили когнитивная, эмоциональная, поведенческая компетенции студентов первого года обучения в Университете.

**Заключение.** Данный буклет первокурсника развивает уверенность, понимание системы устройства Университета, устраняет страх перед неизвестностью, формирует уверенность в себе и своих действиях, помогает первокурсникам в подготовке к студенческой жизни, что позволяет им с началом учебного года включиться в учебный процесс и творческую деятельность.

Разработанный психопреventивный информационный буклет «Гид первокурсника» как составляющая модели медико-социальной помощи лицам молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт табакокурения, стал эффективным методом снятия психоэмоционального напряжения, тревоги в стрессовой ситуации, что позво-

лило улучшить психосоциальную адаптацию молодого человека, повысить общеобразовательную культуру, мотивировать их на отказ от курения и приверженность здоровому образу жизни, а также значительно снизить уровень распространенности табакокурения среди студенческой молодежи в ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М ГОРЬКОГО.

### Список литературы

1. Игнатъева, В.В. Роль кураторства в культурно-нравственном воспитании студентов-первокурсников медико-фармацевтического факультета ГОУ ВПО «Донецкий национальный медицинский университет» [Текст] / В.В. Игнатъева, И.И. Пацкань, В.Е. Бойцова // Материалы I международной научно-практической конференции посвященной 75-летию Победы в великой Отечественной войне – 20-24 апреля 2020. – Кемерово. – С.119-124.
2. Игнатенко, Г.А. Гендерные особенности соматизации и тревожности у лиц молодого с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления психоактивных веществ [Текст] / Г.А. Игнатенко, Е.В. Киосева, И.И. Пацкань // Университетская клиника – N2(39). – 2021. – С.69–75.
3. Игнатенко, Г.А. Психолого-педагогические основы первичной адаптации студентов к условиям культурно-образовательной среды ВУЗа [Текст] / Г.А. Игнатенко, В.А. Абрамов, Т.Л. Ряполова // Университетская клиника. – 2021. – N1(38) – С.118–129.
4. Пацкань, И.И. Состояние проблемы употребления психоактивных веществ лицами молодого возраста [Текст] / И.И. Пацкань // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2020. – Том 29. – №3. – С.296-299

*Patskan I.I.*

### PSYCHO-PREVENTIVE INFORMATION BOOKLET “THE FIRST COURSE’S GUIDE” AS A COMPONENT OF A MODEL OF MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR YOUNG PERSONS WITH ADAPTATION DISORDERS WITH EXPERIENCE OF TOBACCO SMOKING

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

#### **Summary**

The article describes the features of the psycho-preventive information booklet “Freshman’s Guide” as a component of the model of medical and social assistance to young people with adaptation disorders who have experience of smoking.

**Key words:** *mentors-senior students, young people, adjustment disorders.*

### Авторская справка и доленое участие

Пацкань И.И.

к. мед. н., доцент, доцент кафедры анатомии человека ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, 071 319 59 26, patskan.igor@mail.ru.



Проценко О.А.

## ОБЩИЕ ПРИНЦИПЫ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ КОЖНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

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

### *Резюме*

Представлены основные принципы классификаций заболеваний кожи. Выделены особенности их диагностики в зависимости семиотики сыпи, диагностических дерматологических тестов и лабораторной диагностики.

**Ключевые слова:** дерматозы, диагностика.

---

Заболевания кожи - одни из наиболее часто встречающихся болезней человека во все периоды его жизни: от новорожденности до старческого возраста. Количество нозологических единиц в дерматовенерологии колеблется от 2000 до 2500 (для сравнения, в терапии таких нозологий около 500), при этом более 1000 из них нуждаются в гистологической верификации [2].

Заболевания кожи чрезвычайно разнообразны по происхождению, механизмам развития, симптоматологии и др. Они могут ограничиваться только поражением кожи, например, простой контактный дерматит, паразитарные болезни (чесотка, вшивость), грибковые заболевания (микозы гладкой кожи и/или волосистой части головы, микозы стоп). Они могут быть дерматологическим проявлением эндокринных нарушений (например, гиперандрогенные дерматопатии – акне, себорея, андрогенетическая алопеция). Они могут быть симптомов системных вирусных инфекций (ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов), при этом иногда – первым клиническим проявлением, заставляющим обращаться за медицинской помощью. Они могут быть проявлением системных аутоиммунных поражений с вовлечением в

процесс жизненно важных органов (например, при красной волчанке, склеродермии, дерматомиозите).

До настоящего времени нет единой классификации заболеваний кожи. Их разделяют по этиологии (вирусные, инфекционные, паразитарные и протозойные), патогенезу (аллергические, аутоиммунные, генодерматозы, пролиферативные) и даже по субъективным симптомам (зудящие, сквамозные).

Одной из старейших классификаций заболеваний кожи является их распределение по семиотике поражений кожи – первичным морфологическим элементам сыпи (пятнистые, узелковые, пузырьные дерматозы и др.). Примером одной из удачных классификаций дерматозов может служить предложенная основателем французской дерматологической школы Ж.Л. Алибера – в виде дерева Алибера, где ствол олицетворял саму кожу, ветви – роды и виды болезней, а листья – отдельные нозологии.

Исходя из традиций русской дерматологической школы, кожные болезни рассматривают с позиций общего состояния организма, при которых ведущий и/или единственные симптом – поражение кожи и/или слизистых.

Казалось бы, расположение на поверхности тела и доступность глазу врача должны облегчить обследование больного и упростить постановку диагноза. Однако это далеко не так. Интегументное расположение дает лишь кажущееся облегчение в постановке диагноза. Многие заболевания имеют сходную картину (всего 8 разных первичных морфологических элементов на 2500 нозологий), и верификация диагноза по-прежнему остается искусством врача. Многие зависят от опыта, интуиции, дежавю («ранее уже виденного»). Дерматологи старой школы имели особый «нюх» на некоторые тяжелые хронические дерматозы, например, акантолитическую пузырчатку. И иногда казалось бы по малозначительным на первый взгляд деталям ставили правильный диагноз.

Распознавание диагноза болезни считается более важным событием в судьбе больного, по сравнению с лечением, поскольку является первичным, а лечение – производным (вторичным), определяемым диагнозом.

При постановке диагноза важно установить доверительные отношения с больным, тщательно собрать и проанализировать анамнез болезни, определить возможные провоцирующие факторы.

Первоочередное значение при распознавании болезни имеет внимательный осмотр всей кожи и слизистых, определение характера имеющихся высыпаний (мономорфные, полиморфные), первичных и вторичных морфологических элементов сыпи.

Наряду с оценкой первичных морфологических элементов сыпи, которые считаются определяющими в постановке диагноза, имеют значение и следы ранее перенесенных высыпек болезни.

При оценке сыпи важны цвет, форма элементов, их расположение, характер поверхности, и др.

Для диагностики дерматоза нередко приходится прибегать к специальным дерматологическим приемам исследования и выявлять характерные симптомы болезни, например, симптом Никольского при пузыр-

чатке; проводить диагностические пробы, например, пробу Бальцера при подозрении на отрубевидный лишай, выявлять наличие точечного кровотечения (проба Ауспитца) при псориазе и др. Имеют значение и инструментальные методы исследования: использование лампы Вуда, дерматоскопии, ультразвукового исследования кожи и др.

Традиционно важной является лабораторная диагностика, позволяющая определить присутствие возбудителя болезни или реакцию организма на него. Это – микроскопия, культуральная диагностика, серологические тесты и др. Изучение гистологических особенностей пораженной кожи позволяет с большой долей вероятности подтвердить диагноз болезни, а в некоторых случаях является единственным вариантом его постановки. К сожалению, патогистологическая диагностика до сих пор применяется недостаточно широко, по сравнению со странами Запада, где каждый случай кожного заболевания подтверждается биопсией, а у некоторых больных патоморфологическое исследование проводят по несколько раз.

Установление диагноза заболевания кожи на ранних стадиях определяет успех терапии и прогноз течения дерматоза. Основой диагностики кожных болезней остается клинико-морфологическая оценка изменений кожи и слизистых, в сочетании с критическим анализом жалоб и анамнеза болезни и рациональным использованием потенциала лабораторной диагностики.

Заключая вышеизложенное, можно отметить, что дерматология является сложной клинической дисциплиной не только из-за проблем лечения больных, но и по причине трудности диагностики. В современных условиях за счет реформирования системы здравоохранения снижается число узких специалистов при росте числа участковых врачей. Резко возрастают требования к профессиональной подготовке дерматологов, которые берут на себя роль консультантов. Подобная ситуация требует качественного улучшения подготовки будущих дерматологов на всех этапах.

### Список литературы

1. Мавров, И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [Текст] : руководство / И.И. Мавров, Л.А., Болотная, И.М. Сербина. – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
2. Основы диагностики в дерматовенерологии : методические рекомендации [Текст] / сост. В.Д. Елькин [и др.]. – Пермь: ГБОУ ВПО ПГМА им. Ак. Е.А. Вагнера Минздравсоцразвития России, 2011. – 72 с.
3. Проценко, О.А. Опыт обучения некоторым практическим навыкам по дерматовенерологии на кафедре последипломного обучения [Текст] / О.А. Проценко [и др.] // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2019. – №2 (24). – С. 64 - 67.
4. Проценко, О.А. Проблемы обучения в ординатуре по дерматовенерологии и пути их решения [Текст] / О.А. Проценко [и др.] // Торсуевские чтения: научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии. – 2019. – №4 (26). – С. 75 - 77.
5. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text]/ S. Burge [et al.]. – OXFORD University Press, 2016. -694 p.

Protsenko O.A.

### GENERAL PRINCIPLES AND FEATURES IN DIAGNOSTICS OF SKIN DISEASES

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

#### Summary

The basic principles of classification of skin diseases are presented. The features of their diagnosis are highlighted depending on the semiotics of the rash, diagnostic dermatological tests and laboratory diagnostics.

**Key words:** *dermatoses, diagnostics.*

### Авторская справка

Проценко О.А. д.мед.н., профессор, зав.кафедрой дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования ГОУ ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, procenkoaa2009@yandex.ru

В первом полугодии 2021 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, согласно Реестров Республиканских и внутривузовских научно-практических конференций дистанционно были проведены 4 междисциплинарные научно-практические конференции по актуальным разделам клинической медицины на стыке специальностей и один симпозиум. Презентации докладов были размещены и доступны к ознакомлению на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО.

---

10 февраля 2021 г. на конференции «Особенности клиники и лечения дерматозов беременных» были представлены доклады: проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Дерматозы беременных», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности фармакотерапии дерматозов у беременных»; доц. Дубовой А.В., асс. Науменко Ю.В. (кафедра педиатрии) «Дефицит витамин Д и беременность»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Особенности лечения офтальмопатологии при беременности»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Влияние беременности на ВПЧ индуцированные пролиферации кожи»; доц. Тахташева И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения сифилиса беременных»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения атопического дерматита у беременных»; асп. Гаруст Ю.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения псориаза у беременных»; асп. Зубаревской О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Телогеновое выпадение волос при беременности»; асп. Краснощеких А.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения розацеа при беременности»; врача Рудометкиной В.П. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения пиодермии при беременности».

10 марта 2021 г. на конференции «Особенности лечения дерматозов у детей раннего возраста» были представлены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Дерматозы у детей раннего возраста»; проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности фармакотерапии дерматозов у детей раннего возраста»; д.мед.н. доц. Дубовой А.В. (кафедра педиатрии №3) «Дисэлементоз у детей раннего возраста с атопическим дерматитом»; д.мед.н. доц. Дубовой А.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии №3) «Атопический дерматит как проявление лактазной недостаточности»; доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии №3) «Особенности лечения гемангиом у детей раннего детского возраста»; к.мед.н. Золото Е.В. (НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи) «Особенности лечения вульвовагинитов у детей раннего возраста»; доц. Лимаренко М.П. (кафедра педиатрии №3) «Ферментопатии как причина кожных проявлений атопии у детей»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Дифференцированный подход к противоаллергической терапии при конъюнктивитах различной этиологии у детей»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Особенности офтальмологических проявлений у детей и подростков при нейрофиброматозе»; доц. Провизиона

А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения ВПЧ индуцированные пролиферации кожи у детей раннего возраста»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения сифилиса у детей раннего возраста»; доц. Лукьянченко Е.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности ухода за кожей новорожденных и детей раннего возраста»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения атопического дерматита у детей раннего возраста»; асс. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения крапивницы у детей раннего возраста»; асп. Гаруст Ю.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения псориаза у детей раннего возраста»; асп. Зубаревской О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности лечения алопеции у детей раннего возраста»; асп. Краснощекких А.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Акне новорожденных и младенцев».

12 мая 2021 г. на конференции «ВПЧ-индуцированные новообразования кожи на стыке специальностей» были представлены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Синдром Лезер-Трелла в клинической практике»; проф. Проценко О.А., доц. Провизиона А.Н., врача Жарикова В.Ю. (кафедра дерматовенерологии и косметологии, РКДВД МЗ ДНР) «Опыт лечения вирус-ассоциированных новообразований кожи у детей и взрослых»; д.мед.н. доц. Дубовой А.В., доц. Бордюговой Е.В., доц. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии №3) «Значение герпетической инфекции в развитии иммунодефицитных состояний»; проф. Ряполовой Т.Л., асс. Бойченко А.А. (кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии) «Роль медицинской психологии в дерматовенерологической практике»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц.

Котлубей Г.В., асс. Шевченко В.С. (кафедра офтальмологии) «Особенности ВПЧ-индуцированных поражений параорбитальной области»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Себорейный кератоз на фоне инсулинорезистентности»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Вирусные бородавки у больных атопическим дерматитом и возможности их предупреждения».

9 июня 2021 г. на конференции «Нарушения пигментации, меланоцитарные невусы и меланома» были представлены доклады проф. Проценко О.А., доц. Корчак И.В., врача Жарикова В.Ю. (кафедра дерматовенерологии и косметологии, РКДВД МЗ ДНР) «Нарушения меланогенеза и гиперпигментации кожи»; к.мед.н. Золото Е.В. (НИИ репродуктивного здоровья детей, подростков и молодежи) «Черный акантоз: аспекты междисциплинарного взаимодействия»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (кафедра офтальмологии) «Кожная и увеальная меланома: сходство и различия»; доц. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Возможности дерматоскопии в диагностике меланоцитарных и немеланоцитарных образований кожи»; доц. Тахташова И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Пигментные сифилиды»; асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Атопическое лицо: периоральная и периорбитальная пигментация»; асс. Горбенко А.С. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности поствоспалительной пигментации после разрешения аллергодерматозов».

30 апреля 2021 г. в дистанционном режиме состоялся V междисциплинарный Anti-age симпозиум с международным участием «Секреты мастерства в эстетической медицине». 29 докладов из Донецкой и Луганской Народных Республик, Российской Федерации и в виде презен-

таций были размещены на сайте ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (dnmu.ru), тезисы докладов опубликованы в научно-практическом журнале по дерматологии, венерологии и косметологии «Торсуевские чтения» (№2 за 2021 г.). Были представлены презентации зав.каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО проф. Проценко О.А., проф. Проценко Т.В., главного специалиста по дерматовенерологии МЗ ДНР Темкина В.В. (г.Донецк, ДНР) «О перспективах развития косметологии и эстетической медицины в Донецкой Народной Республике и профессиональной переподготовке по косметологии»; проф. Киосевой Е.В., доц. Пацканя И.И., доц. Бешуля О.А., асс. Киосева Н.В. (г.Донецк, ДНР) «Синдром Сирано де Бержерака: конфликт обманутых надежд или конфликт недопонимания»; доц. Мухина И.В., врача Гольченко В.М. (г.Донецк, ДНР) «Возможности гипокситерапии в эстетической медицине»; доц. Безуглого А.П. (г. Москва, РФ) «Практическое применение высокочастотной ультразвуковой визуализация кожи в оценке инволютивных и патологических процессов в дерме»; проф. Волошина Р.Н., орд. Снитко, студента Власова С.Н. (г. Ростов-на Дону, РФ) «Лазеры в дерматологии и косметологии»; проф. Ряполовой Т.Л., асс. Бойченко А.А.(г.Донецк, ДНР) «Почему косметологам важны основы медицинской психологии»; проф. Поважной Е.С., доц. Зубенко И.В., доц. Пеклун И.В. (г.Донецк, ДНР) «Физиотерапия в лечении рубцов»; проф. Радионова В.Г., доц. Провизион Л.Н. (г. Луганск, ЛНР) «Эстетические аспекты самоповреждения кожи лица»; проф. Шукиной Е.В., доц. Томаш О.В., врача Бакаловой А.Д. (г.Донецк, ДНР) «Рациональное питание как фактор эстетического долголетия»; проф. Жукова М.И., проф. Фисталя Э.Я., врача Стефкивской О.В. (г.Донецк, ДНР) «Применение липофилинга в коррекции эстетических и ятрогенных проблем лица и тела»; доц. Бесединой Е.И., врача Гринчука В.И. (г.Донецк, ДНР) «Лицензирование медицинской деятельности с последующим

сопровождением в косметологии и эстетической медицине»; д.мед.н. Золото Е.В. (г.Донецк, ДНР) «Эстетическое здоровье девочки, девушки, женщины глазами гинеколога-эндокринолога»; доц. Бычкова И.Н.(г. Ростов-на-Дону, РФ) «Метаболические возможности низкокалорийных диет в лечении заболеваний кожи»; доц. Смирновой А.Ф., доц. Евтушенко В.А., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (г.Донецк, ДНР) «Косметические операции при косоглазии»; доц. Евтушенко В.А., доц. Смирновой А.Ф., доц. Голубова К.Э., доц. Котлубей Г.В. (г.Донецк, ДНР) «Хирургическое исправление птоза»; проф. Домашенко О.Н. (г.Донецк, ДНР) «Дерматологические аспекты гемоконтактных гепатитов»; к.мед.н. Милус И.Е., студентки Проценко О.И. (г.Донецк, ДНР) «Лазерные технологии в коррекции рубцов и других эстетических проблем кожи»; врача Небесной Л.В. (г.Донецк, ДНР) «Лабораторные маркеры метаболического синдрома. Лептин»; доц. Терещенко И.В. (г. Донецк, ДНР) «Кинезиологическое тейпирование в косметологии»; доц. Провизиона А.Н. (г.Донецк, ДНР) «Себорейный или сенильный кератоз: современный взгляд на проблему»; доц. Кривущева Б.И. (г.Донецк, ДНР) «Рациональное питание подростков – залог эстетического здоровья взрослых»; проф. Власовой В.Н.( г.Ростов-на-Дону, РФ), к.мед.н. Меховой Г.А., студентки Проценко О.И. (г.Донецк, ДНР) «Роль поведенческих реакций в сохранении эстетического здоровья»; д.мед.н. доц. Дубовой А.В., доц. Тонких Н.А., асс. Сосны В.В., асс. Науменко Ю.В. (г. Донецк, ДНР) «Современные тренды в лечении гемангиом раннего детского возраста»; доц. Степановой М.Г., доц. Меховой Л.С., к.мед.н. Меховой Г.А., студента Проценко Я.О. (г.Донецк, ДНР) «Влияние поведенческих реакций на цитогенетический статус подростков»; проф. Проценко О.А, доц. Корчак И.В., асп. Зубаревской О.А., врача Жарикова В.Ю. (г.Донецк, ДНР) «Гендерные особенности выпадения и поредения волос: медицинская или эстетическая проблема?»; проф. Проценко О.А., доц. Лукьянченко

## По следам конференций

---

Е.Н. (г.Донецк, ДНР) «Сравнительный анализ ко-морбидной патологии при ранних и поздних акне»; проф. Проценко Т.В., студентки Сердюк Е.Б., студентки Чучиной В.А (г.Донецк, ДНР) «Анализ отношения к проблеме акне у лиц активного репродуктивного возраста»; проф. Проценко

Т.В., врача Качановой Е.В. (г.Донецк, ДНР) «Гомеопатическая пирамида» коррекции трихологических проблем»; доц. Грицкевич Н.Ю. (г.Донецк, ДНР) «Применение композиций на основе биосовместимых материалов в различных разделах эстетической стоматологии и медицины».

Материал подготовила проф. Проценко Т.В.



*Министерство здравоохранения Донецкой Народной Республики  
Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»*

**V МЕЖДУНАРОДНЫЙ МЕЖДИСЦИПЛИНАРНЫЙ  
СИМПОЗИУМ ПО ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ И  
МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ «СЕКРЕТЫ МАСТЕРСТВА  
В ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЕ» (НАУЧНОПРАКТИЧЕСКАЯ  
КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ)  
(РЕЕСТР РЕСПУБЛИКАНСКИХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ  
КОНФЕРЕНЦИЙ 30 АПРЕЛЯ 2021 Г.)**



Безуглый А.П.

## ВЫСОКОЧАСТОТНАЯ УЛЬТРАЗВУКОВАЯ ВИЗУАЛИЗАЦИЯ КОЖИ В ОЦЕНКЕ ИНВОЛЮТИВНЫХ И ПАТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ В ДЕРМЕ

*Академия постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» МЗ РФ, кафедра дерматовенерологии и косметологии*

---

Высококачественная ультразвуковая визуализация кожи применяется для изучения микроморфологии эпидермиса, дермы и подкожной жировой клетчатки в норме и при патологии. Сканирование на частотах 22-75 МГц позволяет получать изображения вертикальных срезов кожи с высоким разрешением 72-16 мкм. Количественные измерения морфофункциональных параметров кожи при воспалении, фиброзе, атрофии и других патологических процессах позволяют объективно определить локализацию и интенсивность патологических изменений, а также дифференцировать различные патологические процессы в коже. Динамический мониторинг при лечении кожных болезней и коррекции маркеров старения применяют для объективной оценки эффективности терапии.

**Целью** настоящего исследования являлось установление высококачественных ультразвуковых паттернов, характерных для первичных и вторичных элементов кожных сыпей, а также высококачественных ультразвуковых признаков маркеров старения кожи. В исследовании принимали участие 272 пациента с различными кожными болезнями:

псориазом (88 пациентов), красным плоским лишаем (20 пациентов), атопическим дерматитом (31 пациент), вульгарной пузырчаткой (10 пациентов), дерматитом Дюринга (12 пациентов), саркоидозом кожи (2 пациента), базалиомами (67 пациентов), меланомой (10 пациентов), плоскоклеточным раком кожи (10 пациентов), рубцовыми изменениями кожи (32 пациента). Исследование возрастных изменений проводили в группе из 120 женщин различного возраста.

**Результаты.** Выявлены и описаны высококачественные ультразвуковые признаки для первичных вторичных элементов кожных сыпей, а также высококачественные ультразвуковые признаки основных патологических процессов в коже. При исследовании инволюционных изменений в коже женщин выявлена тенденция к снижению толщины дермы в старших возрастных группах, по сравнению с младшими.

**Выводы.** Результаты высококачественного ультразвукового исследования применимы для дифференциальной диагностики различных патологических процессов в коже и для контроля эффективности терапии в дерматологии и косметологии.

*Беседина Е.И., Гринчук В.И.*

## ЛИЦЕНЗИРОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ С ПОСЛЕДУЮЩИМ СОПРОВОЖДЕНИЕМ

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедра высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии*

---

Определение перечня видов хозяйственной деятельности, подлежащих лицензированию, организация процесса выдачи лицензий и осуществление последующего контроля за их использованием, являются одними из основных функций любого государства. От грамотной организации работы по оказанию помощи в процессе подготовки к получению лицензии и последующего сопровождения зависит качество самой оказываемой лицензионной деятельности, эффективность хозяйственной системы и всего государственного аппарата, процветание государства в целом и высокое благосостояние каждого гражданина. Поэтому крайне важно не только устанавливать на государственном уровне требования для осуществления того или иного вида хозяйственной деятельности, но и организовывать на постоянной основе возможность получения организационной и методической помощи по их выполнению. В современном стремительно меняющемся правовом поле субъекту хозяйственной деятельности требуется помощь в отслеживании и последующем применении нормативных и правовых актов, постоянном пересмотре существующих методик, стандартов, порядков и протоколов, регламентирующих медицинскую деятельность, что в свою очередь часто является трудновыполнимой задачей. Особенно в тех случаях, когда физическое лицо-предприниматель или руководитель юридического лица, соискателя лицензии (лицензиата) не имеют профильного медицинского образования. Для эффективной работы всей системы здравоохранения должна быть решена указанная проблема. До сих пор

подобного рода организационная и методическая помощь на территории Донецкой Народной Республики не оказывалась.

**Анализ исследований и публикаций.** Вопросы государственного администрирования или контроля различных видов хозяйственной деятельности, как правило, изложены в нормативных и правовых документах разного уровня, начиная от законов и заканчивая приказами профильных министерств и ведомств. Однако каких либо исследований и публикаций с целью упорядочения и систематизации процесса подготовки и дальнейшего сопровождения видов хозяйственной деятельности, подлежащих лицензированию в Донецкой Народной Республике, не проводилось.

**Цель исследования** – обосновать необходимость и целесообразность организации методической помощи субъектам хозяйствования, имеющим или претендующим на получение лицензии на медицинскую деятельность, с последующим сопровождением.

**Результаты.** Лицензирование является одной из форм государственного контроля качества осуществляемого вида хозяйственной деятельности. В любом государстве, с помощью различного уровня нормативных и правовых документов, определяется перечень лицензируемых видов хозяйственной деятельности и устанавливается орган исполнительной власти, уполномоченный выдавать лицензии и контролировать выполнение условий лицензирования. Уполномоченный орган исполнительной власти, как правило, это профильное министерство, своими приказами определяет порядок проведения процедуры

лицензирования и лицензионные условия, необходимые для выполнения соискателями лицензий и лицензиатами. Соответствующие документы после процедуры государственной регистрации опубликовываются на сайте профильного министерства и находятся в общем доступе. Для осуществления функции государственного контроля в форме лицензирования при профильных министерствах создаются отделы с соответствующей функцией. По аналогии с Российской Федерацией может создаваться самостоятельный орган исполнительной власти с функциями государственного контроля за тем или иным видом деятельности, например «Ресобнадзор». Традиционно считается, что соискатель лицензии или лицензиат самостоятельно изучает нормативные и правовые документы, после чего выполняет лицензионные требования и условия. После соответствующей подготовки соискатель лицензии или лицензиат обращается в уполномоченный орган исполнительной власти за лицензией или с целью проведения предусмотренных действующим законодательством юридических действий с ранее выданной лицензией. Проведенный анализ позволяет утверждать, что процесс подготовки лицензионных условий для получения лицензии и особенно соответствующий документооборот после ее получения является трудной задачей для учреждений здравоохранения и физических лиц-предпринимателей. Это подтверждает опыт проведения соответствующих семинаров для физических лиц-предпринимателей и руководителей учреждений здравоохранения различных форм собственности, которые проводились в 2017 г. на базе Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики. Польза от проведенных мероприятий отмечалась практически всеми участниками и озвучивались пожелания проводить их на постоянной основе. Однако указанные семинары проводились в формате «разовой акции» и не носили системного и постоянного характера. Кроме этого, исследование показало острую необходимость освещения вопросов лицензирования и его последующего сопровождения в рамках педагогического процесса на

базе факультета интернатуры и последипломного образования медицинского университета, Тематика лицензирования медицинской деятельности всегда востребована в рамках проводимых дней специалиста и вполне может быть среди вопросов, выносимых для обсуждения на коллегию Министерства здравоохранения. Актуальность темы возрастает в связи с кадровыми перестановками в учреждениях на уровне организаторов здравоохранения. Однако только подготовкой к лицензированию перечень вопросов по данной проблематике не заканчивается, поскольку не менее актуальной является проблема документооборота после получения лицензии на медицинскую деятельность. Особенно остро он стоит в учреждениях здравоохранения частных форм собственности и у физических лиц-предпринимателей имеющих лицензию на медицинскую деятельность. Корректный документооборот после получения лицензии является зоной ответственности лицензиата, но специфика документации и количество необходимых форм и дел, предусмотренных при осуществлении медицинской деятельности не всегда под силу лицензиатам. Кроме этого, несмотря на наличие у лицензиатов согласованной «номенклатуры дел», часто необходимость того или иного дела вызывает у лицензиатов массу вопросов. Обобщив, можно сказать, что в среде соискателей лицензии на медицинскую деятельность и лицензиатов с соответствующей лицензией имеется запрос на оказание высококвалифицированной организационной и методической помощи по следующим основным направлениям: Подготовка лицензионных условий для получения лицензии на медицинскую деятельность. Последующее сопровождение лицензиатов.

**Выводы.** В рамках деятельности факультета интернатуры и последипломного образования университета необходимо организовать курс по подготовке соискателей лицензии на медицинскую деятельность и лицензиатов. Создание указанного курса должно послужить юридической основой для оказания услуг по оказанию организационной и методической помощи по вопросам лицензирования.

Власова В.Н.<sup>1</sup>, Мехова Г.А.<sup>2</sup>, Проценко О.И.<sup>2</sup>, Власов С.Н.<sup>1</sup>

## РОЛЬ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ В СОХРАНЕНИИ ЭСТЕТИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ

1 - Федеральное государственное автономное образовательное учреждение  
высшего образования «ЮЖНЫЙ ФЕДЕРАЛЬНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ»,

РФ, г. Ростов-на-Дону,

2 - Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»

---

Актуальность. В последние годы возрастает озабоченность ВОЗ последствиями, связанными с нездоровым образом жизни молодёжи. Доказано, что здоровье на 50-60% зависит от образа жизни человека, в том числе рационального питания, режима труда и отдыха, двигательной активности, вредных привычек, своевременности выявления и лечения соматической патологии. Поведение, способствующее возникновению и развитию болезней, напрямую связано с существующим у человека мировоззрением и отношением к самому себе. Эстетические проблемы кожи, волос и ногтей могут быть первыми проявлениями нарушений здоровья, в том числе репродуктивного здоровья будущих матерей. Желание сохранить красивую кожу может быть мощным мотивирующим фактором для изменения поведенческих реакций и последующего сохранения и укрепления здоровья, в том числе и репродуктивного.

Цель. Изучить особенности поведенческих реакций подростков и их влияние на здоровье.

Материалы и методы. Изучены анкеты 219 подростков в возрасте 15-17 лет, из них 144 девушки и 75 юношей. Подростки являлись студентами медицинского училища г. Донецка (71 девушка в возрасте от 16 до 17 лет) и школьниками различных школ г. Донецка и г. Енакиево (73 девочки и 75 мальчиков в возрасте 15-16 лет). Анкета содержала 46 вопросов закрытого типа по че-

тырём направлениям (антропометрические данные; субъективная оценка своего здоровья; субъективное отношение к своему здоровью; образ жизни). Материалы исследования подвергались статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа и программы STATISTICA 10.0 (StatSoft.Inc), а также по критериям Колмогорова-Смирнова и Левена.

Результаты. Пятая часть опрошенных юношей и девушек имели отклонения в здоровье и страдали хроническими заболеваниями – 44 (20,1±1,6%), ( $p < 0,001$ ). При гендерном анализе состояния здоровья, отмечено, что девушек с хроническими заболеваниями было достоверно больше чем юношей – 28/30,1±5,4% (19,6-40,7) и 16/21,3±4,7% (12,1-30,6) соответственно ( $\varphi = 3,4$ ;  $p < 0,001$ ). При анализе эстетических аспектов здоровья подростков выявлено, что преобладающее большинство респондентов имели изменения кожи в виде повышенной жирности, акне, постакне, рубцов – 114 (52,1±1,7%). Так же отмечены гендерно-возрастные отличия. Среди студенток медицинского училища акне встречалось у 48 девушек (67,6±5,6%), среди школьников – у 39 девочек (53,4±5,8%) и у 27 мальчиков (36±5,5%) ( $\varphi = 1,75$ ;  $p = 0,040$ ). Установлено нежелание юношей и девушек обращаться за помощью к дерматологу. Подавляющее большинство опрошенных молодых людей – 74 (64,9%) предпочитали справляться с кожной про-

блемой самостоятельно, но акне, постакне и рубцы сохранялись, и девушки были вынуждены прибегать к использованию декоративной косметики для коррекции эстетических проблем. Нарушения менструального цикла отмечены у каждой третьей девушки медучилица – у 24 (33,8±5,6%), и у каждой 5-й школьницы – у 13 (17,8±4,5%) ( $\varphi=2,22$ ;  $p=0,013$ ). Каждая вторая девушка связывала ухудшение состояния кожи в виде повышения жирности и обострения угревой сыпи с менструальным циклом – 69 (47,9±2,0%) ( $p<0,001$ ). Имеющиеся изменения со стороны репродуктивной системы волновали лишь 52 девушки (9,4%), что указывает на низкий уровень заинтересованности в своём здоровье, в том числе и его эстетических аспектах. Тревожные тенденции к аутодеструктивному поведению были выявлены при анализе поведенческих реакций опрошенных. Из форм поведения, опасного для здоровья, отмечено курение у 18 подростков (8,2±1,3%), периодическое употребле-

ние напитков, содержащих алкоголь – у 92 юношей и девушек (62,4±1,7%). Низкая осведомлённость о негативном влиянии алкоголя на здоровье была выявлена у 39 респондентов (17,8%) и курения – у 53 (24,2%). Большинство молодых людей не желали посещать спортивные секции, объясняя это дефицитом времени – 88 (40,2±5,5%) ( $p<0,001$ ). При этом более выраженное отсутствие интереса к физическим нагрузкам чаще отмечалось у девушек – у 62 (43,1%) ( $p<0,001$ ), чем у юношей – у 26 (34,6%) ( $p=0,006$ ).

Выводы. Анализ полученных данных показал расхождение между желанием молодых людей быть здоровыми и конкретными действиями, направленными на улучшения здоровья, в том числе и эстетического. Курение, периодическое употребление алкоголя, низкая осведомлённость об их негативном влиянии на организм, а также отсутствие интереса к спорту, приводили к хроническим заболеваниям и эстетическим проблемам кожи подростков.

*Грицкевич Н. Ю.*

## ПРИМЕНЕНИЕ КОМПОЗИЦИЙ НА ОСНОВЕ БИОСОВМЕСТИМЫХ МАТЕРИАЛОВ В РАЗЛИЧНЫХ РАЗДЕЛАХ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ СТОМАТОЛОГИИ И МЕДИЦИНЫ

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

---

В эстетической медицине большой раздел посвящен биосовместимым материалам и композициям, несмотря на изобретение и внедрение новых синтетических материалов. В современной эстетической стоматологии все большие обороты набирает тенденция максимального сохранения и защиты натуральных тканей зубов, так называемая биоконцепция, которая характерна для производства превентивных, лечебных, эстетических и реставрационных материалов. Использование гидроксиапатита в медицине, в частности, в эстетическом ее разделе, имеет неограниченное значение. В стоматологии гидроксиапатит используется с середины 20 века. Гидроксиапатит – природный материал, дружественный твердым тканям человека – костная система, зубы. Усредненный состав гидроксиапатита обычно изображается как  $Ca_{10}(PO_4)_6(OH)_2$ . Он является единственным биологически активным соединением кальция, который имеет переменный состав и постоянные свойства. Именно порошок такого гидроксиапатита наиболее близкий к практическому применению и может использоваться в качестве наполнителя стоматологических и других медицинских композиций. Мы считаем наиболее перспективным применение смесей на основе гидроксиапатита, которая обладает идеальной биологической со-

вместимостью, так как кальцийфосфату-держивающие материалы являются естественной неорганической фазой твердых тканей живых организмов, в том числе эмали и дентина зубов человека, основной составляющей костной ткани и признается абсолютно биологически совместимым материалом. Существует множество различных модификаций этого материала, в зависимости от раздела медицины и механизма его использования. Например, биомиметический композитный материал коллаген - гидроксиапатит может служить основой получения материалов для регенеративной медицины или ускорять процессы околопульпарного дентиногенеза; синтезированы биокомпозиты на основе гидроксиапатита и гиалуроновой кислоты, и (или) коллагена, что актуально в эстетической косметологии. Основными направлениями нашего исследования были экспериментальный синтез компонентов стоматологического биосовместимого отбеливающего состава по запатентованным методикам: порошок гидроксиапатита и пербората натрия и определение оптимальной действующей концентрации главных его компонентов в процессе внутрикоронкового отбеливания на удаленных девитальных зубах с последующей апробацией в клинических условиях. После проведенного исследования была усовершен-

ствована методика внутрикоронкового отбеливания за счет разработки нового состава для коррекции цвета девитальных зубов, компоненты которого были синтезированы по своим оригинальным методикам. Впервые в отбеливающий состав введен порошок гидроксиапатита, который не входил в состав прежде разработанных отбеливающих препаратов и который предопределяет биосовместимость, удобную в использовании пастообразную консистенцию, дополнительное отбеливающее действие, нейтральность pH смеси.

**Выводы.** Предложен дифференцированный подход к назначению и приме-

нению внутрикоронковых отбеливающих препаратов в зависимости от причины изменения цвета. Рационально подобранный состав, отсутствие осложнений в ближайшие и отдаленные сроки лечения, удовлетворительная цветовая стабильность позволяют рекомендовать разработанный нами состав и способ внутрикоронкового отбеливания в клиническую практику эстетической стоматологии, а также, создает возможность промышленного выпуска данного состава, в связи с возросшей популярностью использования биосовместимых материалов в различных разделах эстетической стоматологии и медицины.

*Домашенко О.Н.*

## ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ГЕМОКОНТАКТНЫХ ГЕПАТИТОВ

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

---

Парентеральные вирусные гепатиты – инфекции, имеющие особое медико-социальное значение. Все чаще в последнее время стали говорить о пандемии парентеральных вирусных гепатитов. По данным ВОЗ, в настоящее время в мире насчитывается около 350 млн. инфицированных вирусом гепатита В и порядка 200 млн. – вирусом гепатита С. От хронических форм гепатитов и индуцируемых ими цирроза и первичного рака печени ежегодно в мире умирает более 2 млн. человек. В структуре смертности от гепатитов 48% случаев смерти вызвано вирусом гепатита С, 47% – вирусом гепатита В, 5% – другими вирусами. Источником инфицирования при вирусном гепатите С является больной в репликативной фазе заболевания, при вирусном гепатите В – больной с различными формами инфекции (острый и хронический гепатиты, цирроз печени, гепатоцеллюлярная карцинома), а также бессимптомный носитель HBsAg. Передача гемоконтактных гепатитов реализуются при: совместном использовании одних и тех же игл у инъекционных наркоманов; нанесении татуировок и пирсинге; косметологических процедурах (маникюр, педикюр, бритье, стрижка и т.д.), использовании небезопасных инъекций и инвазивных медицинских процедур; переливании непроверенной крови и ее компонентов; половых отношениях; вертикально от матери к плоду.

По результатам обследования, проведенного в нашей клинике у 306 больных, ятрогенный путь инфицирования выведен у 26%, употребление наркотиков – у 10%, пир-

синг – у 8%, гемотрансфузии – у 9%, половой – у 3% больных, неуточненный путь – у 44%. Хронический ВГС является причиной 70% случаев всех хронических гепатитов, 40% – терминального цирроза печени, 60% – ГЦК. 75% инфицированных не подозревают, что они являются инфицированными вирусом гепатита С, при этом у 40–60% впервые диагностированных пациентов с ХВГС уровень АЛТ в пределах нормы. При данном заболевании отмечена высокая частота внепеченочных проявлений с различными органами поражениями (до 47%), что затрудняет раннюю диагностику ХВГС. У 15–20% взрослых пациентов, инфицированных вирусом гепатита В, формируется хронический гепатит. 500000–1000000 человек в мире умирает каждый год от осложнений ХГВ: цирроза и рака печени. Ежегодно 18200 медицинских работников в Западной Европе инфицируются ВГВ. В настоящее время разработана лабораторная диагностика гемоконтактных гепатитов: при ВГС выявляют RNA вируса в крови, Ab-HCV IgM, Ab-HCV IgG, Ab-HCV суммарные. Диагностика ВГВ основывается на определении DNA вируса в крови, HBsAg, HBsAb, HBcAb, HBeAg, HBeAb. Сочетание указанных маркеров в крови позволяет детализировать диагноз, определить остроту и вариант течения ХГВ. Степень морфологических изменений в печени верифицируется с использованием биохимических критериев, инструментальным методом и гистоморфологически (фибротест, эластометрия, пункционная биопсия печени). У больных, наряду с печеночными симпто-



мами, наблюдаются разнообразные внепеченочные проявления, нередко выходящие на первый план в клинической картине и в ряде случаев определяющие прогноз заболевания. В развитии внепеченочных поражений основное значение имеют иммунные реакции, возникающие в ответ на репликацию вирусов гепатита В или С в печени, в тканях лимфоидного и нелимфоидного происхождения. Кроме этого, HBV-инфекция демонстрирует широкий спектр внепеченочных поражений, в генезе которых имеют значение иммунокомплексные реакции и реакции гиперчувствительности замедленного типа. Внепеченочные проявления встречаются у 40–45% больных ХВГС, у 10–20% больных ХВГВ и включают широкий спектр поражений различных органов и систем: эндокринных, опорно-двигательного аппарата, кроветворения, кожи, нервной системы, почек, глаз. Дерматологические заболевания наблюдаются у 38–74% пациентов с HCV и у 22% с HBV-инфекцией. ВГ являются триггерным фактором васкулитов, поздней кожной порфирии, красного плоского лишая, узловой эритемы, крапивницы, акродерматита Джанноти-Крости. Среди коморбидных состояний при ВГ наблюдают псориаз, акне, витилиго, экзему. Нами обследованы 270 больных ХВГС, при этом у 22,97% выявлены поражения кожи: псориаз (2,6%), красный плоский лишай (3,7%), поздняя кожная порфирия (1,1%), кожный некротизиру-

щий васкулит (1,1%), кожный васкулит на фоне криоглобулинемии (3,0%), витилиго (1,5%), аутотоксичный дерматит (2,6%), узловая эритема (0,7%), склеродермия (1,5%), себорея (1,85%), аллергический дерматит (0,74%), крапивница (1,1%), алопеция (1,48%). В большинстве случаев патологический процесс на коже имел распространенный характер, преобладали среднетяжелые и тяжелые формы с частыми рецидивами и резистентностью к назначенной терапии. Так, у пациентки 20 лет с активностью ХВГС А3F4 по Metavir диагностированы распространенное витилиго, псориаз и склеродермия. У 24,8% обследованных выявлен хронический гастродуоденит (в т.ч. эрозивный), ассоциированный с *Hel. pylori*, в 60,4% – кишечный дисбиоз, в 45,6% – хронический холецистит, в 62,2% – хронический тиреоидит в состоянии эутиреоза, в 17,8% – алкогольный стеатогепатит, в 4,8% – ожирение 2 и 3 степени.

До назначения противовирусной терапии ХВГС необходим подготовительный этап, включающий гипосенсибилизирующую диету, дезинтоксикационные и десенсибилизирующие препараты, пробиотики, гепатопротекторы, антиоксиданты, энтеросорбенты. Заболевания кожи в большинстве случаев не являются противопоказанием к противовирусной терапии современными препаратами прямого противовирусного действия.

*Жуков М.И.<sup>2</sup>, Фисталь Э.Я.<sup>1</sup>, Стефкивская О.В.<sup>2</sup>*

## ПРИМЕНЕНИЕ ЛИПОФИЛИНГА ПРИ КОРРЕКЦИИ ЭСТЕТИЧЕСКИХ И ЯТРОГЕННЫХ ДЕФЕКТОВ ЛИЦА И ТЕЛА

*1 - Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования*

*«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедра комбустиологии и пластической хирургии ФИПО,*

*2 - Клиника пластической, реконструктивной и эстетической хирургии  
«Клиника доктора Жукова»*

---

Считается, что процесс старения представляет собой потерю объема в определенных областях, связанную с атрофией и истончением кожи, костной ткани и подкожно-жирового слоя в комбинации с птозом мягких тканей. Потеря эластичности коллагеновых структур в них приводит к потере сопротивления при натяжении, то есть формируется негативный вектор старения. Лицевое старение может рассматриваться как комбинированный процесс, где существует взаимосвязь между всеми тканями. Наряду с инволюционными изменениями, актуальным стоит вопрос коррекции различных посттравматических, посттермических, ятрогенных и приобретенных деформаций различных участков тела, который возможно решить окончательно, либо на длительный срок малоинвазивным методом липофилинга. Большое количество научных работ доказывает инволюцию жировой ткани. Подкожно-жировая клетчатка с поверхностными жировыми компартментами последовательно теряет объем в центральном, медиальном, височно-щечно-нижнечелюстном поверхностных жировых пакетах, что ведет к потере объемов и формированию складок, борозд и морщин, т.е. визуальных признаков старения.

**Цель работы** – оценить эффективность липофилинга при коррекции эстетически важных зон и ятрогенных дефектов лица и тела.

**Материал и методы.** За 2,5 года комплексно проведено 188 коррекций лица и тела: носогубные складки – 43,2%, нососкуловые борозды – 60%, скуловые области – 67,7%, параорбитальные области – 45,1%, веки – 33,8%, подбровные области – 32%, губы – 24,4%, рубцы и приобретенные дефекты различной этиологии – 47%. Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения (по процентному соотношению сохраненной жировой ткани с применением PRP-терапии и без нее).

**Результаты.** Возможность клинической оценки остаточного количества жировой ткани и степень регенерации тканей доступна к третьему месяцу послеоперационного периода. Результат автономного липофилинга качественно отличается от липофилинга с применением PRP-технологий. Благодаря различным методам исследования в среднем отмечаем следующие результаты: через 3 месяца после комбинированной методике сохранность адипоцитов на 20% выше, через 6 месяцев - на 35% выше, через 12 месяцев - на 30% выше.

**Выводы.** Метод липофилинга в комплексе с PRP -терапией дает более выраженных эффект при хирургической коррекции липофистрофий, жировых гипотрофий, инволюционных изменений лица и ятрогенных дефектов, чем при автономном методе, так как остаточный процент жировой ткани значительно выше при комплексном подходе.

Качанова Е.В.

## «ГОМЕОПАТИЧЕСКАЯ ПИРАМИДА» В КОРРЕКЦИИ ТРИХОЛОГИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ

Центр врачебной косметологии «Эйфория»,  
учебный центр MedEstet-Pro, Донецк

---

Основная задача врача трихолога - косметолога приостановить процессы старения волос, организма в целом, а также улучшить состояние здоровья пациента. Этой цели как нельзя лучше соответствует метод мезотерапевтического воздействия. Терапия направлена на устранение причин возникновения заболеваний кожи головы и волос. Улучшается кровообращение, восстанавливаются собственные регенеративные процессы, нормализуется обмен веществ, восстанавливается нормальная работа гормональных систем организма, улучшается качество волос, а именно их толщина и густота, улучшается структура. Приостанавливается старение организма. Преимущества данного метода. Малая инвазивность; не требуется период реабилитации; длительное сохранение результата; возможность работать с причиной заболевания. В практике были использованы аллопатические и гомеопатические препараты испанских лабораторий "Praxis" и "IT-Pharma". Аллопатические препараты - это фармакологические средства с изученным механизмом действия, которые назначают исходя из симптоматической картины. Принцип лечения - использовать фармакологические средства, вызывающие в орга-

низме эффекты, противоположные признакам болезни; применяется в традиционной медицине. Гомеопатические средства, применяются в альтернативной медицине. Гомеомезотерапия - холистический метод исходящий из постулата, что все связано между собой и находится в постоянном взаимодействии. Он объединяет мезотерапию, гомеопатию, гомотоксикологию, акупунктуру. С точки зрения гомотоксикологии человек рассматривается как высокоорганизованная совершенная саморегулирующаяся система, в которой мы лечим не болезнь, а человека от болезни. Комбинируя использование аллопатических и гомеопатических средств можно заметно улучшить качество кожи и волос, уменьшить поредение и выпадение. Для оценки состояния кожи головы и волос использовалось аппаратное исследование с помощью оптико-диагностического оборудования до начала лечения и после. Мы оценивали толщину и густоту волос, состояние кожи головы, а также устья волосяного фолликула. После прохождения рекомендованного курса мезотерапии волосистой части кожи головы наблюдали приостановление выпадения волос, их утолщение; нормализацию выделения кожного сала, устранение перхоти.

Мухин И.В.<sup>1</sup>, Проценко Т.В.<sup>1</sup>, Гольченко В.М.<sup>2</sup>

## ОПЫТ ГИПОКСИТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

1 - Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедры терапии и дерматовенерологии и косметологии,  
2 - Клиника ADEPT MEDICAL, г. Донецк

---

Хронические дерматозы (псориаз, атопический дерматит, алопеции и др.), отличающиеся многолетним рецидивирующим течением, представляют сложности в достижении долговременной ремиссии и выборе рациональной, в т.ч. немедикаментозной терапии, влияющей как на сам дерматоз, так и на различные звенья его патогенеза.

**Цель работы** – оценить эффективность и переносимость интервальной нормобарической гипокситерапии в лечении некоторых хронических дерматозов.

**Материал и методы.** Под наблюдением были 22 больных в возрасте от 18 до 72 лет, в том числе с псориазом (5 чел.), алопецией (6 чел.), акне (4 чел.), атопическим дерматитом (4 чел.), розацеа (3 чел.). Медикаментозную терапию проводили в соответствии с утвержденными клиническими протоколами. Процедуры интервальной нормобарической, гипоксической терапии проводили с помощью аппарата

БИО-НОВА-204 «Горный воздух» (Россия). До- и после каждой процедуры измеряли уровень сатурации, артериальное давление и пульс. Эффективности терапии оценивали по следующим критериям: «улучшение», «без изменений», «ухудшение».

**Результаты.** Переносимость процедур гипокситерапии у всех больных была удовлетворительной. По критерию «ухудшение» не было ни одного из 22 пациентов. По критерию «улучшение» было 16 больных, в том числе 5 больных псориазом, 4 – алопецией, 2 – акне, 1 – розацеа и 4 больных атопическим дерматитом. Критерий «без изменений» отмечен у 6 больных (алопецией – 2 чел., акне – 2 чел., розацеа – 2 чел.).

**Выводы.** Предварительный анализ показал, что применение нормобарической интервальной гипокситерапии повышает эффективность терапии хронических дерматозов и нуждается в дальнейшем изучении аспектов его применения в дерматовенерологии и медицинской косметологии.

*Поважная Е.С., Зубенко И.В., Терещенко И.В., Пеклун И.В.*

## **ФИЗИОТЕРАПИЯ В ЛЕЧЕНИИ РУБЦОВ**

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и физического воспитания*

---

Число больных, нуждающихся в коррекции рубцовых деформаций кожи после травм, ранений, ожогов, оперативных вмешательств (до 40%), с каждым годом растёт. От 4% до 22% пациентов, обратившихся в лечебные учреждения с рубцами, имеют патологические рубцы - гипертрофические и келоидные, которые являются причиной функциональных, косметических и психологических нарушений. Несмотря на множество существующих способов воздействия на рубцовую ткань, проблема лечения рубцов окончательно не решена, что требует поиска оптимальных схем лечения, в том числе с участием физических факторов.

Проведенный анализ медицинской литературы, диссертационных работ и практический опыт кафедры по данной тематике показали, что, из множества физических факторов, доказанную эффективность имеют лекарственный электро- и фонофорез, лазеро- и криотерапия. Из лекарственных препаратов для электрофореза у пациентов с рубцами чаще всего использовали лидазу, коллагеназу, кортикостероиды, ферменкол. Электрофорез лидазы и коллагеназы оказывал влияние преимущественно на субъективные ощущения пациентов (отмечалось уменьшение напряжения, болезненности и зуда рубца). Электрофорез ферменкола курсом 12-15 процедур области рубца не только улучшал субъективные ощущения, но и изменял цвет, плотность и тип рубца, который становился нормотрофическим. Другим эффективным фактором воздействия являлся ультрафонофорез, где широко применялись контратубекс, стероидные мази,

мадекасол, ферменкол. При применении механических колебаний ультравысокой частоты в сочетании с лекарственными мазями и гелями наибольшую эффективность также показал фонофорез ферменкола. Локальное введение ферменкола непосредственно в область рубца вызывало значимый регресс клинических признаков рубца (уменьшение выраженности гипертрофии), консистенции (снижение его плотности), цвета (уменьшение гиперемии, интенсивности эритематозной окраски рубца). Прослеживалась четкая тенденция к уменьшению выраженности субъективных ощущений у пациентов - напряжения, значительное снижение степени болезненности и зуда. Сравнительный анализ применения электрофореза и фонофореза указали, что наилучшие результаты отмечены при использовании механических ультразвуковых колебаний, а также при использовании нескольких факторов воздействия. Введение в область рубцов ферменкола при помощи постоянного электрического тока и ультразвука вызывали переход рубцов из гипер- в нормотрофические, уменьшало их плотность и консистенцию. Электрофорез ферменкола в области рубцов более выражено усиливал метаболизм коллагена, а ультрафонофорез - повышал долю примембранно- связанной воды в патологических рубцах кожи. В гипертрофических рубцах ультрафонофорезом лонгидазы вызывал усиление окислительного метаболизма и дегградацию избыточного коллагена в области рубцов (эффективность до 82%). В келоидных рубцах данную процедуру лучше сочетать с лазерной фотодеструкцией и

ангиофототермолизом, что вызывало фибродеструктивный и ангиодеструктивный эффекты у пациентов, улучшало качество жизни (эффективность до 80%). Хорошие результаты получены при назначении фотолитографии 5-фторурацила больным с гипертрофическими рубцами. Процедуры улучшали капиллярный кровоток, микроциркуляцию, уменьшали застойные явления. Из физиотерапевтических факторов успешно применяются также электросон, массажные и тепловые процедуры, седативные ванны.

Таким образом, физиотерапевтические процедуры выступают важным элементом комплексного лечения рубцов и показывают высокую эффективность в восстановлении функциональных, косметических и психоэмоциональных нарушений. Максимальный эффект достигается при использовании комбинированного воздействия несколькими факторами. Лечение считается эффективным, если в течение двух лет не возникают рецидивы при достижении оптимальной клинической картины.

Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Шатилов А.В.,  
Шварева Т.И., Хайминов Е.М.

## ЭСТЕТИЧЕСКИЕ ВОПРОСЫ ПАТОМИМИИ

ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет  
имени Святителя Луки», кафедра дерматовенерологии

---

В современной дерматологии собирательным термином «патомимия» чаще всего обозначаются все кожные аутодеструктивные проявления, маскирующие первичные психические расстройства. Патомимия (pathomimia; па-то- + греч. mímia подражание; син. Мюнхгаузена болезнь) – 1) наблюдающееся при истерии неосознанное воспроизведение патологических расстройств; 2) наблюдающееся при истерии, фиксированном неврозе или психозе самоповреждение кожи (в доступных местах) или слизистых, приобретающих характер патологической привычки или «навязчивости».

Мы наблюдали достаточное количество пациентов детского, а чаще подросткового возраста с явлениями патомимии в виде невротических (психогенных) эксфолиаций или так называемой дерматилломании, представляющей собой обсессивно-компульсивные расстройства, сопровождающиеся самоповреждениями кожи, которым нередко предшествуют ощущения кожного дискомфорта или зуда кожных покровов. Стремление к повторному расчесыванию приводит к образованию на коже свежих поверхностных или глубоких эксфолиаций, регрессирующих с образованием иногда обезображивающих глубоких рубцов. В отличие от проявлений патомимии, при невротических эксфолиациях больные не только осознавали патологический характер своих действий, но и рассматривали их в качестве причины повреждений.

Дерматилломания – аутоагрессивное хроническое заболевание, проявляющееся в виде неконтролируемого воздействия на кожу и от которого страдает

1,5% населения планеты. Оно начинается с безобидногоковыряния элементов акне или навязчивогожелания очистить поры от комедонов. Со слов пациентов (чаще девушек): мои пальцы начинают жить своей жизнью, они глубоко впиваются в мое лицо, расцарапывают и сдирают любые элементы, в том числе и сформировавшиеся корки, в тоже время израненная кожа кричит, чтобы я остановилась, но я не могу! Надо сказать, чем более выражены повреждения, чем чаще случаются инциденты, тем сильнее человек замыкается в себе. Он страдает от чувства вины и одиночества, а даже незначительные рубцы и другие дефекты, вызванные самоповреждением, снижают самооценку, лишают уверенности в себе, вызывают неприязнь к отражению в зеркале. Кроме пациентов с психогенными эксфолиациями наблюдаемые нами больные были с другими проявлениями дерматилломании, преимущественно с повреждениями (до 70%) открытых участков тела, к которым был непосредственный доступ, это лицо, голова и руки. Чаще встречались: трихотилломания (неконтролируемое вырывание волос на голове, бровей и ресниц); онихофагия – навязчивое (патологическая привычка) обкусывание ногтей и кутикулы, при этом исчезает свободный край ногтя, они превращаются в поперечные огрызки; хейлофагия – навязчивое действие с постоянным прикусыванием губ, а нередко и слизистой оболочки щёк. Не единичными были случаи, когда дети поступали с диагнозом «Атопический хейлит», при этом границы поражения кожи вокруг верхней и нижней губы были четкими и напоминали замкнутый круг. Учитывая нео-

бычность поражения, при доверительной и располагающей беседе без посторонних лиц и с наводящими вопросами: «А не делаешь ли ты вот так? Не засасываешь ли ты губы?», получали положительный ответ. Реже встречалась ринотиллексома-ния (потребность ковырять в носу и повреждать его слизистую оболочку), очевидно в силу обращаемости больше к ЛОР специалистам. Помимо пациентов с дерматилломанией под нашим наблюдением были личности с явлениями дисморфофобии, которую следует отличать от патомимии, термин, который ввел еще в 1886 г. итальянский психиатр Энрико Морселли. Дисморфофобия, также известная как дисморфофобическое расстройство, или телесное дисморфическое расстройство, обычно выявляется у лиц, достаточно критически относящихся к своей внешности, которые чрезмерно обеспокоены и заняты незначительным «дефектом» своей кожи, ее придатков и особенно «изъянов» своего тела, на что окружающие не придают особой значимости или вовсе это не замечают. Дисморфофобия не выделяется как отдельный диагноз в МКБ-10, а определяется как разновидность ипохондрического расстройства или как отдельное психическое расстройство в категории «обсессивно-компульсивные и связанные

с ними расстройства». Бредовая дисморфофобия традиционно называется «дисморфоманией». Без лечения дисморфофобия принимает хроническое течение и может продолжаться всю жизнь, являясь причиной социальной дезадаптации. Она обычно начинается в подростковом возрасте и немного больше распространена среди женщин. Согласно современным данным этим расстройством страдает около 2% населения и сопровождается высоким риском суицида по сравнению с другими расстройствами психики.

Выводы. Таким образом, у всех наблюдаемых нами больных была констатирована патомимия на фоне астено-вегетативного синдрома, синдрома навязчивых состояний или функциональных нарушений нервной системы, проявляющаяся дерматологической клиникой и симптоматикой преимущественно в области головы. Характерной особенностью патомимий является значительная трудность их диагностики, что связано с разнообразной клинической картиной, ложным или запутанным анамнезом. Патомимия, имеющая кожные и психо-неврологические проявления представляет собой значимую медицинскую проблему, требующую комплексного подхода.



*Ряполова Т.Л., Бойченко А.А.*

## **ПОЧЕМУ КОСМЕТОЛОГАМ ВАЖНЫ ОСНОВЫ МЕДИЦИНСКОЙ ПСИХОЛОГИИ**

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедра психиатрии, наркологии и медицинской психологии*

---

Настоящий период развития медицины и медицинской психологии характеризуется усилением внимания к сложным психосоматическим взаимовлияниям (Менделевич В.Д., Соловьева С.Л., 2002; Карвасарский Б.Д., 2006; Вассерман Л.И. и др., 2011; Rüssel N.J., Scott P.S. et al., 2008). Во многих работах показана роль психологических факторов в возникновении, течении, лечении и профилактике соматических расстройств, а также патогенное значение соматических, особенно хронических, заболеваний для развития психических нарушений и состояний психической дезадаптации. В связи с этим в последние годы широкое распространение в медицине получают принципы и методы медицинской психологии и психодиагностики (Вассерман Л.И. и др., 2003, 2011; Соловьева С.Л., 2003; Щелкова О.Ю., 2008), психотерапии и реабилитации больных (Александров А.А., 2000; Кабанов М.М., 2001; Карвасарский Б.Д., 2006; Алехин А.Н., 2009). Существенное внимание уделяется психологическим аспектам лечебного процесса, терапевтическому поведению пациента, позиции врача и моделям взаимоотношений «врач - больной» (Ловелле Р.П., Кудрявая Н.В., 1999; Соколова Е.Т., 2011). Основанные на традиционных и современных принципах медицинской психологии исследования в косметологической клинике актуальны при любых видах патологии. Пик популярности услуг в области эстетической медицины обусловлен социокультурными факторами, средствами

масс-медиа, насаждающими эталоны моды и красоты, идеализирующие определенные типы телосложения и строения лица, развивающимися возможностями косметологии и ее относительной доступностью. Т.н. «объектами косметологии» выступают две группы пациентов: «условно здоровые» и пациенты «психодерматологического плана».

Поводами для обращения первой группы являются: коррекция или ликвидация врожденных, постболезненных либо возрастных изменений, аномалий кожных покровов и удаление неэстетичных первичных элементов при отсутствии патогенетической связи между требующими воздействия дефектами внешности с их психическим состоянием. Для пациентов «психодерматологического плана», в свою очередь, характерны психические расстройства, маскированные кожными проявлениями и кожные заболевания, манифестирующие или обостряющиеся в связи с психогенными факторами. Тем не менее, основной является собственно косметологическая проблематика, и косметолог должен оказывать специализированную помощь независимо от особенностей психического состояния пациента. Спектр личностных типов «здоровых пациентов» практически не отличается от лиц, обнаруживающих психодерматологические проблемы - различия касаются степени выраженности особенностей характера (у здоровых людей она меньше, а среди пациентов с отчетливыми психодермато-

логическими проблемами чаще встречаются особенности личности, требующие правильной стратегии общения ними, что может улучшить результат восприятия пациентом результатов эстетических манипуляций). Практика косметологии в оказании специализированной помощи пациентам с различными типами личности, с различными формами косметологических проблем, требует неукоснительного соблюдения не только правовых, но и этико-деонтологических норм, основы которых являются прерогативой медицинской психологии.

*Этика и деонтология* - учение о нравственных основах поведения человека, в том числе в условиях диагностического и лечебного взаимодействия. Определенные этические проблемы наблюдаются и в области косметологии, а именно вопросы, касающиеся: врачебной тайны, врачебной ошибки, сообщения пациенту диагноза, патернализма.

*Конфиденциальность* подразумевает не разглашение информации (сведений, полученных в процессе обследования и лечения), в т.ч. лицам, которым они стали известны при обучении, исполнении служебных обязанностей, кроме случаев, когда в соответствии с законодательством и с/без согласия гражданина допускается передача таких сведений в определенных целях.

*Врачебные ошибки* – это неправильные действия или бездействие при выполнении своих профессиональных обязанностей. Виды врачебных ошибок: диагностические, лечебно-тактические, лечебно-технические, лечебные, ведения медицинской документации, поведения медицинского персонала. Причины врачебных ошибок могут быть объективными (обусловленными непостоянством медицинских концепций, проблемами с техническим обеспечением, организационными трудностями) и субъективными (низкий профессионализм врача, не совершенствование врачом своих знаний, не соблюдение принципов деонтологии).

*Информирование больного о диагнозе.* Врач обязан предоставлять лицу, которое он осматривает, лечит или которому дает советы, честную, ясную и уместную информацию о его состоянии и о предлагаемых ему исследованиях и лечении. На всем протяжении болезни врач должен при своих пояснениях принимать во внимание особенности личности пациента и следить, правильно ли он понимает происходящее.

*Патернализм* - классическая модель взаимоотношений между врачом и пациентом, при которой пациент полностью полагается на квалификацию и опыт лечащего врача, является пассивным субъектом и не принимает никаких решений относительно процесса лечения. Врач полностью берёт на себя ответственность за здоровье и жизнь пациента. Недостатком является тот факт, что пациент лишён возможности управлять своей жизнью и судьбой, не может выбрать наиболее приемлемый для него метод лечения и принимать окончательное решение относительно своего здоровья.

*Терапевтический альянс* – это, напротив, партнерские отношения между пациентом и врачом, которые должны стать основой совместной работы над проблемами клиента, которые обеспечивают наиболее благоприятное клиническое впечатление у пациентов от косметологических мероприятий и даже повышается их объективная эффективность. На основании данных медицинской психологии можно выделить основные профессиональные качества врача-косметолога, а именно: коммуникативную компетентность, эмоциональный самоконтроль и толерантность, аффилиативную потребность, способность к рефлексии, стремление к профессиональному росту, высокий уровень общей культуры, способность к эмпатии.

*Эмпатия* (греч. ἐν - «в» + греч. πάθος - «страсть», «страдание», «чувство») - осознанное сопереживание текущему эмоциональному состоянию другого человека без потери ощущения внешнего происхождения этого переживания.

*Эмоциональный самоконтроль и толерантность* показывают, в какой степени врач-косметолог переносит субъективно нежелательные, неприемлемые для него индивидуальные особенности пациентов, отрицательные качества, осуждаемые поступки, привычки, чуждые стили поведения и стереотипы мышления, сохраняя душевное равновесие и спокойную доброжелательность.

*Аффилиативная потребность* - способность переносить значительные психоэмоциональные перегрузки, связанные не столько с типом нервной деятельности, сколько со степенью стремления взаимодействовать с другими людьми.

*Способность к рефлексии* - стремление к самопознанию, развитие техники самоанализа и самокоррекции личности. Причинами актуальности данного требования являются анализ мыслей и чувств, которые вызывает пациент с целью коррекции собственного поведения и оптимизации системы помощи.

*Стремление к профессиональному росту* - теоретические знания и практические навыки (компетентность), в т.ч., в медицинской психологии, знания не только в рамках специализации, но и смежных дисциплин (медицинской психологии), постоянное повышение квалификации в связи с появлением новых теорий, методов диагностики и интервенции.

*Высокий уровень общей культуры* - врач-косметолог, как и любой медицинский работник, сталкивается с пациентами разных социальных слоев. Это требует умения говорить с каждым пациентом на понятном ему языке и высокого уровня общей культуры – в противном случае врач не будет должным образом восприниматься своими пациентами. В своей практике любой косметолог сталкивался с проявлениями конфликтных ситуаций.

*Конфликт* – это наиболее острый способ разрешения значимых противоречий, возникающих в процессе взаимодействия,

закрывающийся в противодействии субъектов конфликта и обычно сопровождающийся негативными эмоциями. Конфликты в медицинской среде бывают: внутрличностные, межличностные (сторонами которых выступают: врач – пациент, врач – врач, врач – медицинский персонал, врач – администратор), внутригрупповые (между сотрудниками лечебного учреждения или отделения), межгрупповые (администрация – пациент, врач – родственники пациента, администрация – пациент). В психологии выработаны определенные способы предупреждения конфликтов: заинтересованность медицинских учреждений в благоприятном климате, установление положительных традиций внутри коллектива, соблюдение установленных норм и предписаний, изучение методов управления персоналом в организации и стилей поведения при конфликтных ситуациях, психологическое тестирование при приеме на работу нового сотрудника, повышение мотивации медицинского персонала, обучение персонала методикам саморегуляции.

Таким образом, можно выделить определенные медико-психологические проблемы в косметологии: особенности клиентуры врача-косметолога, факторы успешности в работе, установление контакта с клиентом, вербальные и невербальные средства общения, особенности активного слушания, типологизацию клиента и собеседника, стилей общения с различными клиентами, феномен «трудных» клиентов и способов работы с ними, конфликты, их причины и способы их разрешения, выстраивание долговременных отношений с клиентами и т.д. Разрешение этих проблем возможно лишь при организации сотрудничества в области косметологии, медицинской психологии, психиатрии, психотерапии в сфере дополнительного профессионального образования и практического взаимодействия в работе с клиентами для повышения качества оказания специализированной косметологической помощи.

Снитко А.В.

## КОМПЛЕКСНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ВИТИЛИГО МЕТОДОМ ПУВА В СОЧЕТАНИИ С МЕЛАГЕНИНОМ И ЭКСТРАКТОМ ПЛАЦЕНТЫ

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

---

**Актуальность** проблемы 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 пла-

центы. 3-я группа – 15 человек, получали ПУВА-терапию и наружно «Мелагенин». 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 Мелагенин повышают эффективность ПУВА-терапии: репигментация в очагах витилиго появляется раньше, она несколько устойчивее. Применение Мелагенина 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. Отмечалось значительное изменение показателей уровня ЦИК, выявлены статистически достоверные отклонения в содержании Т3, Т4 и кортизола.

**Выводы.** Установлена высокая терапевтическая эффективность применения фотосенсибилизаторов на фоне ПУВА- и лазеротерапии в лечении витилиго.

*Терещенко И.В., Зубенко И.В.*

## **КИНЕЗИОЛОГИЧЕСКОЕ ТЕЙПИРОВАНИЕ В КОСМЕТОЛОГИИ**

*Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М. Горького»,  
кафедра медицинской реабилитации, ЛФК и физического воспитания*

---

Одним из наиболее новых и стремительно развивающихся лечебных направлений в ортопедии, спортивной медицине, хирургии, неврологии, косметологии и др. является кинезиологическое тейпирование (КТ). Лечебный метод, в основе которого лежит методика наложения специального эластичного пластыря (тейпа) на кожу для оказания специфического воздействия на мышечную, сосудистую, нервную и соединительную ткани. В 1973 г. японский доктор Кензо Касе (Kenzo Kase) разработал уникальный метод тейпирования и за несколько лет исследований оптимизировал свойства кинезиотейпов (КП): они выполнены из хлопка или шелка для возможности сохранения испарения с поверхности кожи и качественного ее дыхания, они все влагоустойчивы, имеют сетчатую структуру, бумажную основу и клеящееся покрытие (акрил), которое активируется при температуре тела, поэтому все без исключения тейпы необходимо хорошо растереть после наклеивания на кожу, они все эластичны, в исходном состоянии преднатяжение КП составляет 15-20%, но они способны растягиваться в продольном направлении. При КТ наблюдаются следующие лечебные эффекты: обезболивающий, противовоспалительный, улучшение проприоцепции, регуляция функции мышцы посредством изменения ее тонуса, увеличение выносливости мышц во время продолжительной нагрузки, увеличение объема движений, улучшение микроциркуляции, облегчение гемоперфузии и лимфооттока, улучшение

крово- и лимфообращения, уменьшение застойных процессов, отеков и гематом, сдавления тканей, коррекция положения фасции, улучшение подвижности тканей, изменение натяжения кожи, лифтинг эффект, облегчение движения в суставах, их стабилизация и др. К противопоказаниям к КТ относятся: аллергическая реакция на акрил, индивидуальная непереносимость, заболевания кожи, воспалительные локальные процессы, инфекционные заболевания, доброкачественные и злокачественные новообразования, ксеродерма (пергаментная кожа), первый и второй триместры беременности (при любых воздействиях в проекции матки и ромба Михаэлиса), пожилой возраст с чувствительной, легко травмируемой кожей, пациенты с системными заболеваниями кожи и ее травмами, открытыми ранами и трофическими язвами в месте аппликации, область нервно-сосудистых пучков, область щитовидной железы и передняя поверхность шеи, область вокруг глаз, склонность к образованию волдырей, микротравм, синяков или кровоподтеков, тромбоз глубоких вен нижних конечностей. Применение эстетического кинезиотейпирования (ЭКТ) в косметологии способствует: нормализации состояния мимических, жевательных мышц, уменьшению второго подбородка и носогубных складок, коррекции овала лица, подтягиванию уголков век, разглаживанию морщин вокруг губ, ликвидации мешков и отеков под глазами, улучшению цвета лица, не инвазивному моделированию лица, устра-

нению мелких и мимических морщин и пр. При применении КТ в косметологии необходимо выполнять ряд требований для высокой эффективности метода: процедура ЭКТ проводится после консультации с врачом - дерматологом или косметологом, тейпы наклеиваются на предварительно очищенную, сухую, обезжиренную кожу, чтобы на ней не осталось никаких косметических средств, тейпы накладываются по четко определенной схеме, которая зависит от лечебных и/или эстетических задач, решаемых врачом, при правильном наложении через 10 минут после аппликации пациент не должен ощущать тейп, перед тейпированием желательно провести легкий разогревающий или лимфодренажный массаж, ленты накладываются по массажным линиям, без натяжения, направление — от центра к периферии, необходимо создать мышцам правильное физиологическое положение, процедура длится от 30 минут до 2-8 часов, можно накладывать тейпы на ночь, для снятия тейпов лучше использовать любое массажное масло или

специальную жидкость, после чего нужно умыться и нанести увлажняющий крем, после удаления пластыря на коже не должно оставаться следов от клеящей основы и раздражения (предварительно оценивают реакцию кожи на аппликацию небольшого кусочка), что позволяет, как правило, выполнять неоднократные аппликации (на курс до 30-40 процедур).

Таким образом, современное тейпирование может достаточно успешно применяться в дерматологии и косметологии, как лечебный, корректирующий, функциональный метод, в том числе в сочетании с другим средством восстановительной терапии (например, миогимнастикой) за счет того, что он не требует больших материальных затрат, удобен, дает возможность оказывать положительные эффекты непрерывно в течение от нескольких часов до нескольких суток на скелетно-мышечную, сосудистую, нервную и др. системы организма, не ограничивая пациентов в условиях повседневной жизни.

### 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 нумерацию в порядке их первого упоминания в тексте 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](mailto: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]: автореф. дис... канд. филолог, наук / А.К.Григорьева. - Пенза: ПТПУ, 2004. - 24 с.

### Составная часть документов

#### Статья из...

*...собрания сочинений*

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

*...книги, сборника*

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

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

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

*...продолжающегося издания*

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

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