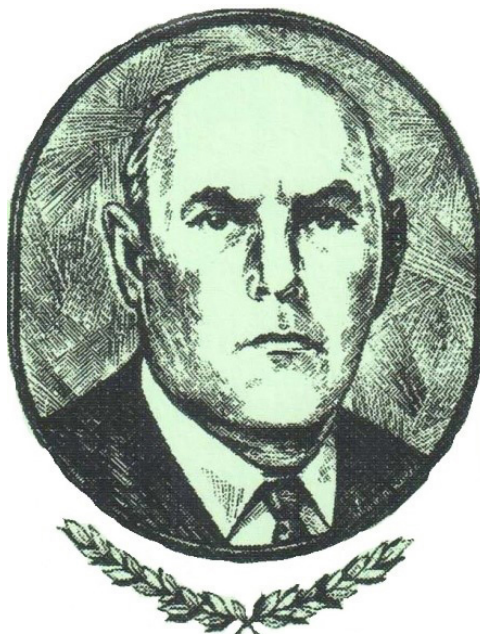


Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет  
имени М. Горького»



# ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

*2022 №1 (35)*

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)

Власова В.Н. (г. Ростов-на-Дону)

Волошин Р.Н. (г. Ростов-на-Дону)

Гончарова Я.А. (г. Доха)

Киосева Е.В. (г. Донецк)

Попович А.Ю. (г. Донецк)

Прилуцкий А.С. (г. Донецк)

Радионов В.Г. (г. Луганск)

Родин Ю.А. (г. Волгоград)

Романенко В.Н. (г. Донецк)

Седаков И.Е. (г. Донецк)

Тищенко А.Л. (г. Москва)

Шелихов С. Ю. (г. Астана)

Фисталь Э.Я. (г. Донецк)

Рекомендовано к изданию Ученым Советом ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, протокол №1 от 25.01.2022 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.

**Свидетельство о регистрации**

**средства массовой информации:**

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

## Содержание

---

### ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проценко Т.В., Кишеня М.С., Провизион А.Н. Полиморфизм RS1800471 гена TGFB1 при себорейном кератозе .....	6
---	---

### ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ

Деньгина Е.Б. Основные концепции развития альвеолита .....	11
--	----

### КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Провизион Л.Н., Шатилов А.В., Бакуменко И.Н. Розовый лишай Жибера, симулирующий другие дерматозы .....	17
--	----

Проценко О.А., Тахташов И.Р. Некоторые социологические и эпидемиологические особенности при ВИЧ-ассоциированных дерматозах .....	23
--	----

### В ПОМОЩЬ ПРАКТИКУЮЩЕМУ ВРАЧУ

Белик И.Е. Тактические подходы в назначении базисной терапии больным интегументной красной волчанкой .....	28
--	----

Милус И.Е. Психосоматические нарушения у больных атопическим дерматитом и обоснование психокорригирующей терапии .....	34
--	----

Подольяка Е.Л., Беседина Е.И., Жидких Т.Н., Бублик Л.В. Опыт организации медицинской помощи больным COVID-19 в нашем регионе и некоторых странах за период 2020-2021 гг. ....	39
---	----

### ПРОБЛЕМЫ КОСМЕТОЛОГИИ И ЭСТЕТИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНЫ

Власова В.Н., Волошин Р.Н., Проценко Т.В., Снитко А.В., Власов С.Н. Эстетическое здоровье и формирование поведенческих реакций здорового образа жизни у студентов медиков .....	45
---	----

### ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К. Логика науки, учебного предмета и учебного процесса в профессиональной подготовке .....	50
--	----

Игнатенко Г.А., Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К. Развитие высшего образования сегодня .....	54
---	----

Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Семендяева Е.В., Шалаева И.В. Место медицинской педагогики в сфере педагогического знания и практической деятельности врача специалиста .....	58
--	----

### ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей .....	64
--------------------------------------	----

Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 – 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления .....	66
---	----

## Contents

---

### ORIGINAL RESEARCH

- Protsenko T.V., Kishenya M.S., Provizion A.N.** RS1800471 polymorphism of the TGFB1 gene in seborrheic keratosis ..... 6

### LITERATURE REVIEW

- Denginina E.B.** Basic concepts for the development of alveolitis ..... 11

### CLINICAL CASES, OBSERVATIONS FROM PRACTICE

- Provizion L.N., Shatilov A.V., Bakumenko I.N.** Pink deprive Gibert, simulating other dermatoses ..... 17

- Protsenko O.A., Takhtashov I.R.** Some sociological and epidemiological features in HIV-associated dermatoses ..... 23

### TO HELP THE PRACTITIONER

- Belik I.E.** Tactical approaches in prescribing basic therapy for patients with integumentary lupus erythematosus ..... 28

- Milus I.E.** Psychosomatic disorders in patients with atopic dermatitis and rationale for psychocorrective therapy ..... 34

- Podolyaka E.L., Besedina E.I., Zhidkikh T.N., Bublik L.V.** Experience in organizing medical care for patients with COVID-19 in our region and some countries for the period 2020-2021 ..... 39

### PROBLEMS OF COSMETOLOGY AND AESTHETIC MEDICINE

- Vlasova V.N., Voloshin R.N., Protsenko T.V., Snitko A.V., Vlasov S.N.** Aesthetic health and the formation of behavioral reactions of a healthy lifestyle among medical students ..... 45

### PROBLEMS OF HIGHER SCHOOL PEDAGOGY

- Borota A.V., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K.** The logic of science, the subject and the educational process in vocational training ..... 50

- Ignatenko G.A., Borota A.V., Kukhto A.P., Baziyan-Kukhto N.K.** The development of higher education today ..... 54

- Monogarova N.E., Borodiy K.N., Semendyaeva E.V., Shalaeva I.V.** The place of medical pedagogy in the field of pedagogical knowledge and practice of a specialist doctor ..... 58

### INFORMATION FOR AUTHORS

- Requirements for registration of articles ..... 64

Examples of the design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1- 2003).

- Bibliographic record. Bibliographic description. General requirements and rules compiling ..... 66

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Выходит в свет уже 35 номер журнала, основная цель которого – содействие совершенствованию профессионального мастерства, развитию клинического мышления, обмену опытом и знакомство с новинками клинической медицины. На примере анализа клинических проявлений и последствий пандемии COVID было показано значение кожной патологии как для ранней диагностики осложнений, так и для прогноза эффективности терапии. Изменение структуры кожи, ее цвета, придатков кожи позволяет на ранних стадиях выявить тяжелейшие системные инфекционные (ВИЧ/СПИД, вирусные гепатиты и др.), гематологические, аутоиммунные и опухолевые заболевания. С другой стороны, сохранение эстетического вида кожи является мощным фактором превентивной медици-

ны, позволяющей переориентировать пациента на сохранение здоровья, а не только лечения заболеваний. Информация на стыке специальностей может способствовать не только профессиональному росту специалиста, но и повышению качества медицинской помощи и ее эффективности.

Искусству врачевания учатся всю профессиональную жизнь: в университетах и клиниках, на собственном опыте, чужих и своих ошибках, впитывая, «как губка», информацию из учебников, журналов, конференций, конгрессов и съездов, профессионального общения. Мы искренне надеемся, что представленная в журнале информация будет полезна всем практикующим специалистам.

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

Г.В. Проценко

УДК 616.521.5-003.873.57:575

*Проценко Т.В., Кишеня М.С., Провизион А.Н.*

## ПОЛИМОРФИЗМ RS1800471 ГЕНА TGFβ1 ПРИ СЕБОРЕЙНОМ КЕРАТОЗЕ

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

### **Резюме**

**Целью** работы явилось изучение роли полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1 в развитии себорейного кератоза (СК).

**Материалы и методы.** Под наблюдением находилось 97 больных СК в возрасте от 25 до 86 лет. Генотипирование rs1800471 гена TGFβ1 проводили методом полимеразной цепной реакции с последующей электрофоретической детекцией с использованием реактивов «SNP-экспресс, TGFβ1 (Arg25Pro)».

**Результаты.** Установлено наличие ассоциации предкового генотипа Arg/Arg и Arg-аллельного полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1 с развитием СК ( $\chi^2=7,34$ ;  $p=0,27$ ; и  $\chi^2=5,04$ ;  $p=0,26$ ). Показано, что генетический риск развития СК ассоциирован с генотипом Arg/Arg и Arg-аллельным полиморфизмом rs1800471 гена TGFβ1. Увеличение генотипа Arg/Arg в 1,4 раза повышает риск развития СК в 3,5 раза. Выявлено, что гомозиготный предковый генотип Arg/Arg повышает вероятность развития эпидермальной гиперплазии, неоваскулогенеза на фоне гиперпродукции фактора роста TGFβ1.

**Вывод.** Исследование полиморфизма гена TGFβ1 и выявление особенностей экспрессии кодируемого цитокина позволит прогнозировать риск развития СК и персонализировать лечебно-реабилитационную программу ведения больных.

**Ключевые слова:** себорейный кератоз, полиморфизм гена TGFβ1, rs1800471.

---

### **Актуальность**

Себорейный кератоз (СК) – часто встречающееся доброкачественное пролиферация кожи, возникающая обычно в среднем и пожилом возрасте. Представляет избыточное разрастание и ороговение клеток эпидермиса и характеризуется полиморфизмом клинической и патоморфологической картины [2].

В настоящее время выполняется множество работ, посвященных взаимосвязи заболеваний онкодерматологии с генетическими особенностями пациентов [1]. Одним из перспективных направлений таких работ служит оценка ассоциаций генетических полиморфизмов с различными

асpekтами эпидермальной гиперплазии, меланогенеза, неоваскулогенеза, воспалительных реакций при опухолевом процессе. Обнаружение генетических маркеров, связанных с клинико-патогенетическими особенностями СК, позволили бы прогнозировать развитие и риск прогрессирования заболевания еще на ранних стадиях.

Одними из регуляторных веществ клеточной пролиферации являются факторы роста, такие как трансформирующий фактор роста-β1 (TGF-β1) и эпидермальный фактор роста, участвующие в инициации и хронизации воспаления, а также в ремоделировании кожи [5]. Изучение полиморфизмов кодирующих их генов, явля-

ется важной задачей при исследовании механизмов развития, течения заболевания и выявления предрасположенности к данной патологии.

TGF- $\beta$ 1 – гомодимерный белок с молекулярной массой 25 кДа, являясь многофункциональным цитокином, имеет существенное влияние на клеточную дифференцировку и ингибирование роста, стимуляцию внеклеточного матрикса, ангиогенез, иммуносупрессию и иммуномодуляцию [4,12,13]. Передача сигналов опосредована его трансмембранными рецепторами, которые обладают серин/треонинкиназной активностью [16]. Имеются данные, свидетельствующие о том, что влияние TGF- $\beta$ 1 на дифференцировку Th1 и Th2, макрофагов и дендритных клетках, определяет его роль в модуляции различных типов воспалительных заболеваний кожи, пролиферации эпидермальных клеток и заживлении ран [3,6-10,14,16]. Ген TGF- $\beta$ 1 расположен на длинном плече хромосомы 19 в локусе 19q13.2, состоит из 7 экзонов и 6 интронов. Наибольший интерес представляет полиморфный вариант rs1800471 гена TGF- $\beta$ 1 с заменой в 25 кодоне (C+915G) аргинина на пролин в синтезируемом белке. Известно, что полиморфные варианты rs1800471 гена TGF- $\beta$ 1 связаны с различным уровнем продукции TGF- $\beta$ 1, что, соответственно, приводит к различной степени влияния индуцирующего сигнала на развитие клеточной пролиферации, фиброза и неоваскулогенеза [5,11,12].

**Цель исследования** – изучить встречаемость генотипов и аллелей полиморфизма rs1800471 гена TGF $\beta$ 1 и определить их влияние на развитие СК и степень ассоциации с заболеванием.

### Материал и методы

В исследование включены 97 пациентов с СК, находившихся на лечении в Республиканском дерматовенерологическом диспансере МЗ ДНР с 2019 по 2022 гг. Среди больных было 41 (42,3%) мужчин и 56 (57,7%) женщин в возрасте от 25 до 86

лет. Контрольная группа включала 22 человека, отобранным по возрасту и половой принадлежности, аналогичным основной группе, без развития СК.

Анализ полиморфизма rs1800471 гена TGF $\beta$ 1 изучали методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) с дальнейшей электрофоретической разгонкой продуктов амплификации в 3 % агарозном геле, приготовленном на TBE-буфере в горизонтальной камере при напряжении электрического поля 10 В/см от источника постоянного тока «Эльф-4» (ООО «ДНК-Технология», РФ). Детекцию фрагментов ДНК осуществляли после окрашивания 1% раствором бромистого этидия в проходящем ультрафиолетовом свете при длине волны 312 нм в трансиллюминаторе «TFX-20 M» («Vilber Lourmat», Франция).

Выделение геномной ДНК из лейкоцитов цельной венозной крови проводили с использованием комплекта реактивов «ДНК-экспресс-кровь» НПФ «Литех» (РФ). ПЦР осуществляли на амплификаторе «iiCycler iQ5 Real Time PCR Detection» (BioRad, США). С каждым образцом выделенной ДНК проводили амплификацию с двумя аллель-специфическими праймерами, соответственно контекста SNP (Arg25Pro). Каждая проба ДНК занимала в геле 2 лунки. В первую вводили амплифицированную реакционную смесь с праймерами, специфическими к Arg-аллели, в другую – к Pro-аллели. В результате анализа обнаруживали следующие варианты генотипов rs1800471: гомозиготы по предковой и минорной аллели Arg/Arg и Pro/Pro, соответственно, и гетерозиготу Arg/Pro. В качестве набора реагентов для амплификации применяли «SNP-экспресс, TGF $\beta$ 1 (Arg25Pro)», НПФ «Литех» (РФ).

Статистическую обработку данных проводили с помощью методов вариационной статистики с использованием пакета компьютерных программ Statistica 10 (StatSoft, Inc., США). Частоты распределения генотипов в исследуемых выборках проверяли на отклонение от равновесия Харди-Вайнберга с помощью критерия  $\chi^2$

Таблица 1

Распределение генотипов полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1 в соответствии с равновесием Харди–Вайнберга в группах сравнения

Генотипы	Основная группа	Контрольная группа
Arg/Arg	81 (83,5 %)	13 (59,1 %)
Arg/Pro	15 (15,4%)	9 (40,9 %)
Pro/Pro	1 (0,01 %)	-
	$\chi^2=0,105; p=0,99$	$\chi^2=1,455; p=0, 51$

Таблица 2

Распределения частот генотипов и аллелей rs1800471 гена TGFβ1 и их влияние на риск развития СК и степень ассоциации с заболеванием

Генотипы/аллели	Группы		$\chi^2$	p	ОШ	95 % ДИ
	СК, n (f)	Контроль, n (f)				
Arg/Arg	81 (0,835)	13 (0,591)	7,34	0,027	3,51	1,283-9,574
Arg/Pro	15 (0,155)	9 (0,409)			0,26	0,096-0,727
Pro/Pro	1 (0,010)	0 (0,0)			-	-
Arg	177 (0,912)	35 (0,795)	5,04	0,026	2,68	1,104-6,491
Pro	17 (0,088)	9 (0,205)			0,37	0,154-0,906

Пирсона. Достоверность различий в распределении частот генотипов и аллелей при сравнении групп «случай-контроль» оценивали с помощью анализа таблиц сопряженности 3×2 и 2×2, соответственно) по критерию  $\chi^2$ . Степень ассоциации генотипов и аллелей с заболеванием определяли по величине отношения шансов (ОШ). Величина ОШ больше 1 указывала на повышение, а ниже 1 – на снижение риска, при условии попадания в 95 % доверительный интервал (95% ДИ). Все различия считали статистически значимыми при  $p < 0,05$ .

### Результаты и их обсуждение

Распределение частот генотипов полиморфизма rs1800471 гена TGFβ1 и оценку соответствия популяционного равновесия Харди–Вайнберга проводили в контрольной группе и группе больных с СК. Отклонение от равновесия Харди–Вайнберга не было выявлено ни для одной из изученных выборок (табл. 1).

Анализ распределения генотипов и аллелей rs1800471 гена TGFβ1 между больными с СК и лицами контрольной группы

(табл. 2) показал наличие статистически значимой связи генотипов с СК ( $\chi^2=7,34; p=0,027$ ) и, также, выявил статистически значимую связь с частотами аллелей ( $\chi^2=5,04; p=0,026$ ).

Оценка генетического риска для rs1800471 гена TGFβ1 проведена путем парных сравнений распределения генотипов Arg/Arg, Arg/Pro и Pro/Pro и аллелей Arg и Pro у больных с СК и в контрольной группе. Обнаружены достоверные различия в разнице частот для генотипа Arg/Arg, его увеличение в 1,4 раза повышало шансы развития СК в 3,5 раза (ОШ=3,51; 95 % ДИ 1,283-9,574). При этом для генотипов Arg/Pro и Pro/Pro значимых различий в распределении частот обнаружено не было.

Анализ разницы частот по аллелям Arg и Pro выявил повышение риска развития СК, связанного с предковой аллелью Arg (ОШ=2,68; 95 % ДИ 1,104-6,491) и сопряженную с ним утрату свойств минорной аллели Pro (ОШ=0,37; 95 % ДИ 0,154-0,906). Таким образом, к генетическому риску развития СК следует относить увеличение частоты генотипа Arg/Arg и аллели Arg rs1800471 гена TGFβ1.



У пациентов с СК наиболее часто встречался гомозиготный предковый генотип Arg/Arg, что повышало вероятность развития эпидермальной гиперплазии, неоваскулогенеза на фоне гиперпродукции фактора роста TGF $\beta$ 1. Данный факт указывает на важный вклад полиморфизма гена TGF $\beta$ 1 в индивидуальные различия больных по характеру течения СК вследствие различной экспрессии кодируемого цитокина, что позволит прогнозировать развитие СК и проводить необходимые профилактические мероприятия для его предотвращения.

Таким образом, исследование молекулярно-генетических маркеров и разработка на их основе методов прогнозирования течения СК представляется актуальной проблемой современной персонифицированной медицины.

## Список литературы

1. Игнатенко, Г. А. Роль полиморфизма генов белков ренин-ангиотензинового каскада в возникновении и прогрессировании первичной артериальной гипертензии у подростков и взрослых [Текст] / Г. А. Игнатенко, А.В. Дубовая, Ю.В. Науменко // Российский кардиологический журнал. – 2022. – Т.27, № 56. – С. 8–9.
2. Пискалова, Т. П. Себорейный кератоз: клинические особенности и ассоциация с вирусом папилломы человека рода  $\beta$ 2 [Текст] / Т. П. Пискалова, Е. И. Костенко, Л. Ф. Телешева // Альманах клинической медицины. – 2017. – № 2. – С. 118–126.
3. Bogand, C. Modulation of macrophage function by transforming growth factor beta, interleukin-4, and interleukin-10 [Text] / C. Bogand, C. Nathan // *Ann. N.Y. Acad. Sci.* – 1993. – Vol. 685. – P. 713–739. DOI 10.1111/j.1749-6632.1993.tb35934.x
4. Cellular and Molecular Immunology [Text] / A.K. Abul [et al.]. – 5th ed. – Philadelphia (Pa.): Saunders, 2003. – 562 p.
5. Clark, D. A. Transforming growth factor-beta (TGF- $\beta$ ) [Text] / D. A. Clark, R. Coker // *Int. J. Biochem. Cell Biol.* – 1998. – Vol. 30. – P. 293–298.
6. Conversion of peripheral CD4 + CD25 - naive T cells to CD4 + CD25 + regulatory T cells by TGF-beta induction of transcription factor Foxp3 [Text] / W. Chen [et al.] // *J. Exp. Med.* – 2003. – Vol. 198. – P. 1875–1886. DOI 10.1084/jem.20030152
7. Gorelik, L. Transforming growth factor-beta in T-cell biology [Text] / L. Gorelik, R. A. Flavell // *Nat. Rev. Immunol.* – 2002. – N 2. – P. 46–53. DOI 10.1038/nri704
8. Inhibition of skin development by overexpression of transforming growth factor  $\beta$  1 in the epidermis of transgenic mice [Text] / K. Sellyeher [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci.* – 1993. – Vol. 90. – P. 5237–5241. DOI 10.1073/pnas.90.11.5237
9. Nakao, A. TGF- $\beta$  receptor-mediated signaling through Smad2, Smad3 and Smad4 [Text] / A. Nakao, T. Imamura, S. Souchelnytskyi // *J. EMBO.* – 1997. – Vol. 16. – P. 5353–5362.
10. Normal response to tumor necrosis factor- $\alpha$  and transforming growth factor- $\beta$  by keratinocytes in psoriasis [Text] / A. K. Malkani [et al.] // *Exp. Dermatol.* – 1993. – N 2. – P. 224–230. DOI 10.1111/j.1600-0625.1993.tb00037.x
11. Polymorphism in TGFB1 is associated with worse non-relapse mortality and overall survival after stem cell transplantation with unrelated donors [Text] / E. Arrieta-Bolanos [et al.] // *Haematologica.* – 2016. – Vol. 101, N 3. – P. 382–390.
12. Relationship between cytokine gene polymorphisms and acute rejection following liver transplantation [Text] / X. X. Zhang [et al.] // *Genet. Mol. Res.* – 2016. – Vol. 15, N 2. – P. 15027599.

## Выводы

1. Показано, что генетический риск развития СК ассоциирован с генотипом Arg/Arg и Arg -аллельным полиморфизмом rs1800471 гена TGF $\beta$ 1.
2. Установлено, что увеличение генотипа Arg/Arg в 1,4 раза повышает риск развития СК в 3,5 раза.
3. Выявлено, что гомозиготный предковый генотип Arg/Arg повышает вероятность развития эпидермальной гиперплазии, неоваскулогенеза на фоне гиперпродукции фактора роста TGF $\beta$ 1.
4. Исследование полиморфизма гена TGF $\beta$ 1 и выявление особенностей экспрессии кодируемого цитокина позволит прогнозировать риск развития СК и персонифицировать лечебно-реабилитационную программу ведения больных.

13. Roberts, A. B. *Molecular and cell biology of TGF- $\beta$*  [Text] / A. B. Roberts // *Miner Electrolyte Metab.* – 1998. – Vol. 24. – P. 111–119.
14. TGF- $\beta$  1 prevents the noncognate maturation of human dendritic langerhans cells [Text] / F. Geissmann [et al.] // *J. Immunol.* – 1999. – Vol. 162. – P. 4567–4575.
15. Transforming growth factor 1 null mutation in mice causes excessive inflammatory response and early death [Text] / A. B. Kulkarni [et al.] // *Proc. Natl. Acad. Sci.* – 1993. – Vol. 90. – P. 770–774. DOI 10.1073/pnas.90.2.770
16. Wrana, J. L. TGF- $\beta$  receptors and signaling mechanisms [Text] / J. L. Wrana // *Miner Electrolyte Metab.* – 1998. – Vol. 24. – P. 120–130.

Protsenko T.V., Kishenya M.S., Provizion A.N.

### RS1800471 POLYMORPHISM OF THE TGF $\beta$ 1 GENE IN SEBORRHOIC KERATOSIS

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

#### Summary

**The aim** of the work was to study the role of the rs1800471 polymorphism of the TGF $\beta$ 1 gene in the development of seborrheic keratosis (SK).

**Materials and methods.** Under observation were 97 patients with KS aged 25 to 86 years. The rs1800471 genotyping of the TGF $\beta$ 1 gene was performed by polymerase chain reaction followed by electrophoretic detection using reagents “SNP-express, TGF $\beta$ 1 (Arg25Pro)”.

**Results.** An association of the ancestral Arg/Arg genotype and the Arg-allele polymorphism rs1800471 of the TGF $\beta$ 1 gene with the development of SC was established ( $\chi^2=7.34$ ;  $p=0.27$ ; and  $\chi^2=5.04$ ;  $p=0.26$ ). It has been shown that the genetic risk of developing MC is associated with the Arg/Arg genotype and the Arg allelic polymorphism rs1800471 of the TGF $\beta$ 1 gene. An increase in the Arg/Arg genotype by 1.4 times increases the risk of developing KS by 3.5 times. It was found that the homozygous ancestral genotype Arg/Arg increases the likelihood of developing epidermal hyperplasia, neovasculogenesis against the background of hyperproduction of the growth factor TGF $\beta$ 1.

**Conclusion.** The study of the polymorphism of the TGF $\beta$ 1 gene and the identification of the features of the expression of the encoded cytokine will make it possible to predict the risk of developing SK and personalize the treatment and rehabilitation program for managing patients.

**Key words:** seborrheic keratosis, TGF $\beta$ 1 gene polymorphism, rs1800471.

#### Авторская справка и доленое участие

- |                |  |
|----------------|--|
| Проценко Т.В.  | д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, protsenkotv2005@gmail.com (концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи)   |
| Кишеня М.С.    | к.мед.н., зав. отделом молекулярной генетики центральной научно-исследовательской лаборатории ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (проведение генетических исследований, трактовка результатов генетического исследования, статистическая обработка). |
| Провизион А.Н. | к.м.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, provik@inbox.ru (набор и ведение больных, написание текста статьи).  |

Деньгина Е.Б.

## ОСНОВНЫЕ КОНЦЕПЦИИ РАЗВИТИЯ АЛЬВЕОЛИТА

Государственное Бюджетное Учреждение «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 6 г. Донецка» МЗ ДНР

### Резюме

В статье рассматривается проблема альвеолита, как наиболее распространённого осложнения, возникающего после операции удаления зуба. Данное осложнение развивается в 2-3 % случаев после простого удаления зубов и в 20% – 45% после экстракции атипично расположенных зубов, а также после сложных удалений. В работе представлены этиологические факторы, оказывающие первостепенное значение при данной патологии.

**Ключевые слова:** альвеолит, слизистая оболочка полости рта, этиологические факторы.

---

Наиболее частым осложнением после удаления зуба или группы зубов является альвеолит, который был использован А.Е. Верлоцким в 1960 году и подразумевал посттравматическое инфицирование и воспалительный процесс лунки ранее удаленного зуба, развивающийся в сроки от 3 до 7 дней, что составляет 95 – 100% случаев – в течение первой недели [5, 8].

На сегодняшний день, представлено значительное многообразие терминов, таких как: «альвеолярный остейт», «альвеолит», «локализованный остейт», «локализованный альвеолярный остейт», «фибринолитический альвеолит», «септическая лунка», «некротическая лунка» [8].

По классификации МКБ-10 альвеолит относится к Классу: Другие болезни челюстей (K10); K10.3 Альвеолит челюстей (альвеолярный остейт, сухая лунка).

Наиболее распространенными определениями осложнения остается альвеолит в нашей литературе и «dry socket» – в зарубежной.

Такое многообразие терминологии объясняется многообразием клинической картины при альвеолите: самопроизвольную, постоянную иррадирующую боль, усиливающуюся к ночи. Наличие признаков воспаления вокруг лунки ранее удаленного

зуба (гиперемия, отечность десны), при этом альвеола пустая, либо заполнена пищевыми остатками, или же некротизированным густком [8].

В большей части случаев этиология альвеолита основывается на местных факторах, которые можно разделить на 3 группы [13]:

1. Обуславливающие риск развития альвеолита еще до удаления зуба.
2. Связанные с оперативным вмешательством.
3. Возникающие в послеоперационный период.

К первой группе факторов, способствующих развитию осложнений после удаления зубов, относится состояние полости рта на момент проведения операции, и несомненно общие факторы, обуславливающие снижение резистентности организма, о чём свидетельствуют результаты многочисленных исследований [80, 203].

У больных с хроническими альвеолитами отмечается значительное количество зубов с наличием кариозного процесса и если у пациента до удаления зуба наблюдается плохое гигиеническое состояние полости рта и операция осуществляется при наличии большого количества зубных отложений, то риск развития альвеолита увеличивается почти вдвое [10, 15].

Установлено, что у людей с хронической соматической патологией со сниженной сопротивляемостью организма развившиеся после операции воспалительные осложнения протекают тяжелее и альвеолит гораздо чаще и быстрее переходит в другую стадию – остеомиелит [129]. Кроме того, показано, что диабет также является потенциальной причиной развития альвеолита [6].

2-ю группу причин, а именно связанную с оперативным вмешательством, обуславливают 2 основных фактора: нестерильные условия, атипичность удаления зуба и несоблюдение протокола проведения операции, которая заканчивается травматическим удалением [1,]. Немаловажное значение в развитии данного осложнения является нестерильность рук или перчаток, приводящее к инфицированию раны с последующим развитием воспаления лунки удаленного зуба [8].

Что касается травматического удаления зуба, то здесь можно привести много моментов: [5]:

1. Если при удалении зуба щипцами из-за сильно разветвленных корней или ввиду гиперцементоза, а также вследствие шарообразных или веретенообразных утолщений верхушечной трети корня лунка резко деформируется во время люкации;
2. Если при удалении зуба с сильно сведенными корнями повреждают межкорневую перегородку;
3. Если при удалении поломавшегося корня применяли корневые щипцы, а условия применения их были неблагоприятными, и поэтому костная ткань альвеолярного отростка размозжена и поломана;
4. Если при удалении поломанного корня грубо действовали элеватором, а также тупым долотом под прямым углом к поверхности кости;
5. Если из-за недостаточной подготовленности врача удаление продолжалось длительное время, и в течение этого времени травмировались ткани.

3-я группа причин развития альвеолита обусловлена непосредственно нарушением пациента послеоперационного режима и плохим уходом за полостью рта [8].

Группой учённых были проведены исследования, согласно которым установлено, что у практически всех пациентов, которые после операции удаления 3-го нижнего моляра не проводили никакого ухода за полостью рта, ни индивидуального, ни специально назначенного – развились альвеолиты. У 50% всех выявленных случаев альвеолита существенную роль играет инфицирование лунки и данный факт, обусловлен исключительно плохим гигиеническим состоянием полости рта в послеоперационный период [2,3].

Анализ литературы показывает, что основным фактором, провоцирующим развитие воспаления лунки после удаления зуба, являются микроорганизмы, находящиеся в зубных отложениях, слизистой оболочке, пародонтальных карманах [4, 7]. Подтверждением сказанному является то, что удаление зубов у больных пародонтитом, имеющими глубокие пародонтальные карманы с грануляциями, чаще сопровождается развитием альвеолита, поскольку пародонтальные карманы содержат ассоциации патогенных микроорганизмов: стафилококк золотистый (63,8%), стафилококк эпидермальный-17,0%, стрептококк гемолитический (14,9%), грибы рода Кандида (4,3%) обуславливающих развитие сенсibilизации тканей [9, 10].

При острых гнойно-воспалительных процессах полости рта, характер микрофлоры также изменяется с преобладанием стафилококка золотистого и грибов рода Кандида. [10].

При исследовании микрофлоры установлен факт полимикробного состава микрофлоры лунки и выделено только от 2 до 5 видов микроорганизмов. По частоте выявления преобладали условно патогенные дрожжевые грибы *Candida albicans*, *Staphylococcus saprophyticus*, *Enterococcus spp.*, *Streptococcus haemolyticus* [10].

Г.Н. Беланов (2014) в микробиологическом исследовании выявил следующие закономерности: все представители микрофлоры относятся к условно-патогенным и способны вызывать воспалительные процессы. Так, *Streptococcus* spp. выделен в 35,7%, *Staphylococcus* spp. – 12,5%, *Actinomyces* spp. – 10,7%, *Candida* spp. – 8,9%, *Enterococcus* spp. – 8,92%, *Corinobacterium* spp. – 7,14%, *Esherichia coli*. – 7,14%, *Staphylococcus pneumoniae* – 5,35%, *Clostridium* spp – 3,6%. [2, 14].

Микроорганизмы могут проникать в постэкстракционную рану из одонтогенных и неодонтогенных очагов хронической инфекции. Существовавшие ранее местные инфекции (перикорониты, заболевания пародонта), также увеличивают риск развития данного осложнения.

Во многих исследованиях установлена зависимость видового состава стафилококковой микрофлоры, выделенной из постэкстракционной лунки, а также слизистой оболочки полости носа, и тяжестью течения альвеолита. При гнойных формах чаще высеивали золотистый стафилококк в ассоциации с другими микроорганизмами [2, 11].

Представители ассоциаций *Actinomyces viscosus*, *Treponema denticola* и *Streptococcus mutans* влияют на заживление лунки и являются непрямыми активаторами фибринолиза [2, 6]. Таким образом, микрофлора полости рта содержит как аэробные, так и анаэробные бактерии, простейшие, а также дрожжевые грибы.

Рядом авторов также было установлено, что провоцирующим фактором развития альвеолита и возникновением альвеолярного остеита является количество выкуренных сигарет в день и она увеличивается более чем на 20% среди пациентов, которые курили пачку сигарет в день, и на 40% – среди пациентов, которые курили в день операции [16, 17]. Является ли причиной развития альвеолита системный механизм или прямое локальное воздействие (тепло или всасывания) при курении, остается неизученным; предполагается, что развитию

альвеолита может способствовать внедрение посторонних веществ, которые могут выступать в качестве загрязняющего фактора лунки удаленного зуба [8].

Немаловажным фактором является и прием оральных контрацептивов, которые увеличивает риск развития альвеолита. Эстроген способствует непрямому пути активации фибринолитической системы (увеличение факторов II, VII, VIII, X и плазминогена) и, следовательно, увеличивает лизис сгустка крови в лунке. Некоторые авторы считают, что в целях снижения риска альвеолита, гормональные циклы должны быть рассмотрены при планировании операции удаления зуба [7, 12].

Оральные гормональные противозачаточные средства также могут обусловить развитие постэкстракционного воспаления и тризм. Механизм такого явления точно не определен, однако наблюдения показали, что у женщин, принимающих оральные контрацептивы, почти в 3 раза чаще встречаются альвеолиты, особенно после удаления третьего нижнего моляра [8].

Системные заболевания пациентов также относят к факторам, способствующим развитию альвеолита. Пациенты со сниженным иммунитетом или диабетом склонны к развитию альвеолярного остеита из-за замедленных процессов заживления и характеризуются более резкой выраженной местной воспалительной реакцией и «заторможенностью» репаративных процессов в области осложненных ран [14].

Немаловажным фактором является и инфекционные заболевания (вирусные инфекции), поскольку у 1,68% пациентов это связано с иммунодефицитным состоянием и снижением защитных сил организма в данный период [14].

Несомненна роль и общих заболеваний, способствующих нарушению процесса свертывания крови (гемофилия, псевдогемофилия, болезнь Шенлейна-Геноха), требующих постоянного применения антикоагулянтов и способствующих развитию альвеолита [9].

Необходимо также помнить, что такие факторы риска, как возраст, пол пациента, вредные привычки (курение), плохая гигиена полости рта, а также системные заболевания также оказывают определенное действие. Результаты проведенных ранее исследований имеют неоднозначные и противоречивые данные. К относительным факторам относятся анестезии с вазоконстрикторами. Использование сосудосуживающих препаратов, вводимых совместно с местными анестетиками, ведет к длительному спазму сосудов и препятствует образованию в лунке зуба кровяного сгустка [6]. Частота альвеолита возрастает при использовании инфильтрационной анестезии, в результате чего наступает временная ишемия приводящая к ухудшению кровоснабжения. Другие исследования утверждают, что ишемия длится только от одного до двух часов с последующей сменой реактивной гиперемии и наличие вазоконстриктора не является причиной альвеолита [5, 8].

Другие авторы существенной разницы между инфильтрационной анестезией по сравнению с проводниковой не обнаружили [13].

При местной анестезии, местная ишемия из-за вазоконстриктора не играет роли в развитии альвеолита, а вот травматичное, длительное и сложное удаление зуба увеличивают риск развития альвеолита, поскольку происходит травмирование кости альвеолы и слизистой оболочки лунки. Ряд авторов обнаружили, что хирургические вмешательства с удалением компактной пластинки лунки и удалением кости с большей вероятностью приводит к альвеолиту, поскольку в результате травмы отсутствует биологическая связь между начинающей омертвевать костной поверхностью альвеолы и разможненными, отмирающими мягкими тканями и тромбом. В альвеоле образуется среда для гнилостных бактерий, альвеолярный тромб распадается в результате некроза [14].

По статистическим данным, более 35% от всех случаев развития осложнения приходится на удаление нижних третьих моляров.

Существует предположение, что более плотная костная ткань, сниженное кровоснабжение и пониженная способность производить грануляционную ткань в области лунки третьих моляров определяют специфичность при удалении третьих моляров на нижней челюсти [9].

Тем не менее, прямых доказательств зависимости между развитием альвеолита и недостаточным кровоснабжением нет. Специфичность при удалении нижних третьих моляров, возможно, связана с большим процентом сложных удалений, и может отражать влияние хирургической травмы, а не анатомических особенностей [12].

Другая группа исследователей, склоняются к гипотезе о прямой зависимости опыта и длительности работы врача стоматолога хирурга, поскольку неопытность, может увеличивать травматичность удаления зуба, особенно при удалении третьих моляров нижней челюсти. Поэтому, мастерство и опыт врача должны быть приняты во внимание [8].

Развитию альвеолита также способствуют и длительные луночковые кровотечения в результате чего, несформированный сгусток делает уязвимой послеоперационную рану для развития в ней патогенной микрофлоры [8].

Такое явление как фибринолиз также может играть значительную роль в развитии постэкстракционного альвеолита [1, 5]. Считается, что послеоперационное ведение лунки может способствовать возникновению альвеолита из-за чрезмерной ирригации лунки, что будет препятствовать образованию сгустка, а насильственный кюретаж приводит к травме кости альвеолы [5].

Применение активного полоскания полости рта приводит к вымыванию сгустка и обнажению раневой поверхности с последующим ее инфицированием [17]. В качестве профилактики, после удаления зуба пациентам не рекомендуется принимать острую, горячую, грубую пищу в течение суток. Нельзя полоскать полость рта в день удаления зуба, следует осторожно чистить

зубы, несоблюдение рекомендаций, данных врачом, может привести к разрушению кровяного сгустка и спровоцировать альвеолит. Кроме того, нарушением пациентом послеоперационного режима: травма кровяного сгустка пищевым комком, недостаточная гигиена полости рта могут привести к развитию альвеолита [13, 14].

Одним из факторов риска развития альвеолита является состав слюны, которая обладает защитными свойствами [12]. При воспалительных заболеваниях полости рта происходит снижение уровня неспецифических факторов защиты – иммуноглобулинов класса А (SIgA), которые уменьшают способность патогенной микрофлоры к прикреплению к эпителиальным клеткам и способствуют агглютинации бактерий за счёт связывания с бактериальными антигенами. Данный факт определяет защитные функции секреторного иммуноглобулина А. Микрофлора полости рта оказывает стимулирующее воздействие на продукцию SIgA слюнными и слизистыми железами [3,7].

Изучением состава иммуноглобулинов основных классов в смешанной слюне, смывах зубодесневых борозд и патологиче-

ских зубодесневых карманов подтверждена роль гуморальных факторов иммунитета в патогенезе воспалительных процессов и снижение концентрации иммуноглобулинов в слюне приводит к снижению местного иммунитета слизистой оболочки полости рта и активизации патогенных свойств сапрофитной флоры. Большое клиническое и прогностическое значение имеет изучение фагоцитарной активности нейтрофилов, а также концентрации В-лизинов, лизоцима и комплемента в сыворотке крови и в слюне [7,16].

Исходя из представленных данных, можно предполагать, что местные факторы (травматичное удаление зуба, ведение послеоперационного периода, состав ротовой жидкости, микрофлора) оказывают непосредственное влияние на развитие альвеолита.

Однако, на сегодняшний день, значение микробной составляющей до конца не раскрыто, поскольку альвеолит, к сожалению, имеет тенденцию к не угасанию процесса и возрастанию, а значит дальнейшее углублённое изучение видового состава микробных ассоциаций в лунке зуба, является перспективным направлением.

## Список литературы

1. Беланов, Г. Н. Микробиологическая оценка выделенных культур микроорганизмов в комплексном обследовании больных с острыми альвеолитами [Текст] / Г. Н. Беланов // Аспирантский вестник Поволжья. Серия «Медицина». – 2008. – № 3-4. – С. 134–138.
2. Бондаренко, В. М. Общй анализ представлений о патогенных и условно патогенных бактериях [Текст] / В. М. Бондаренко // Микробиология. – 1997. – № 4. – С. 20–25.
3. Внутрибольничные инфекции в хирургической стоматологии [Текст] / В. С. Агапов, С. В. Тарасенко, Г. М. Трухина, А. М. Лакишин. – М., 2002. – 254 с.
4. Вернадский, Ю. И. Основы хирургической стоматологии [Текст] / Ю. И. Вернадский. – Киев: Здоровье, 2000. – 418 с.
5. Гусейнов, Р. Р. Альвеолиты и их лечение у больных сахарным диабетом [Текст] / Р. Р. Гусейнов // Стоматология. – 1977. – Т. 56, № 3. – С. 89–90.
6. Микрофлора полости рта: норма и патология: учебное пособие [Текст] / Е. Г. Зеленова [и др.]. – Нижний Новгород: Издательство НГМА, 2004. – 158 с.
7. Экология микроорганизмов человека [Текст] / О. В. Бухарин [и др.]. – Екатеринбург: УРО РАН, 2006. – 480 с.
8. Antimicrobial properties of platelet-rich preparations. A systematic review of the current preclinical evidence [text] / M. D. Fabbro [et al.] // Platelets. – 2016. – Vol. 27. – P. 276–285.
9. Bowe, D. C. The management of dry socket/ alveolar Osteitis [Text] / D. C. Bowe, S. Rogers, L. F. Stassen // J. Ir. Dent. Assoc. – 2011. – Vol. 57. – P. 305–310.
10. Effects of honey in the management of alveolar osteitis: a study [Text] / N. Soni [et al.] // Natl. J. Maxillofac. Surg. – 2016. – N 7. – P. 136–147.
11. Effect of intra-alveolar placement of 0.2% chlorhexidine bioadhesive gel on the incidence of alveolar osteitis

## Обзор литературы

---

- following the extraction of mandibular third molars. A double-blind randomized clinical trial [Text] / J. Rubio-Palau [et al.] // *Med. Oral. Patol., Oral. Cir. Bucal.* – 2015. – Vol. 20. – P. 117–122.
12. Growth factor and pro-inflammatory cytokine contents in platelet-rich plasma (PRP), plasma rich in growth factors (PRGF), advanced platelet-rich fibrin (A-PRF), and concentrated growth factors (CGF) [Text] / H. Masuki [et al.] // *Int. J. Implant. Dent.* – 2016. – N 2. – P. 19.
13. Honey a sweet approach to alveolar steitis: a study [Text] / V. Singh [et al.] // *Natl. J. Maxillofac. Surg.* – 2014. – N 5. – P. 31–34.
14. Kolokythas, A. Alveolar osteitis: a comprehensive review of concepts and controversies [Text] / A. Kolokythas, E. Olech, M. Miloro // *International Journal of Dentistry.* – 2010. – Abstr. 249073, Epub 2010.
15. Nishio, C. Effect of exogenous retinoic acid on tooth movement and periodontium healing following tooth extraction in a rat model [Text] / C. Nishio, P. Rompre, F. Moldovan // *Orthod Craniofac Res.* – 2017. – Vol. 20. – P. 77–82.
16. Takeda, Y. The effect of concentrated growth factor on rat bone marrow cells in vitro and on calvarial bone healing in vivo [Text] / Y. Takeda [et al.] // *Int. J. Oral. Maxillofac. Implants.* – 2015. – Vol. 30. – P. 1187–1196.

## Авторская справка

Деньгина Е.Б.

главный врач Государственного Бюджетного Учреждения «Городская клиническая стоматологическая поликлиника № 6 г. Донецка» МЗ ДНР  
e-mail: anna.lukashuk@mail.ru, телефон +38071-320-47-82



Провизион Л.Н.<sup>1</sup>, Шатилов А.В.<sup>1,2</sup>, Бакуменко И.Н.<sup>2</sup>

## РОЗОВЫЙ ЛИШАЙ ЖИБЕРА, СИМУЛИРУЮЩИЙ ДРУГИЕ ДЕРМАТОЗЫ

<sup>1</sup> ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет имени Святителя Луки»,

<sup>2</sup> Луганский республиканский дерматовенерологический диспансер МЗ ЛНР

### Резюме

В статье освещены современные этиопатогенетические аспекты розового лишая, а также описаны случаи розового лишая, симулирующие другие дерматозы.

**Ключевые слова:** розовый лишай, этиология, патогенез, атипичные формы.

---

В последние годы появились публикации с описанием атипичных форм дерматозов, при которых затруднена диагностика и своевременное проведение профилактических мероприятий.

Розовый лишай Жибера (птитириаз розовый, болезнь Жильбера, розеола шелушащаяся, pityriasis rosea) – это островоспалительное кожное заболевание, предположительно герпес-вирусной (6 и 7 типов) и стрептококковой этиологии, характеризующееся пятнистой сыпью розового цвета, сезонностью (преимущественно в осеннее и весеннее время) и спонтанно исчезающее в течение 1,5-2 месяцев, обычно не рецидивирующее [2,3,6].

Подтверждением герпес-вирусной инфекции методами ПЦР и гибридизации удалось выявить ДНК герпес-вирусов. При использовании ПЦР – диагностики было обнаружено, что ДНК герпес-вируса 7 типа присутствует в поражённой (93%) и здоровой коже (86%), слюне (100%), мононуклеарных клетках периферической крови (83%) и образцах сыворотки (100%). ДНК герпес-вируса 6 типа была обнаружена в поражённой (86%) и здоровой коже (79%), слюне (80%), в мононуклеарных клетках периферической крови (83%) и сыворотке (88%). Это свидетельствует о роли герпес-вирусов HHV-6 и

HHV-7 в системной активации при розовом лишае [1,2,3,6].

В сыворотке крови и очагах поражения пациентов определяются антитела IgM к цитоплазме кератиноцитов, в сосочковом слое дермы – периваскулярное скопление CD4 Т-хелперов, а в слизистом слое эпителия – клеток Лангерганса.

Нередко прослеживается связь с очагами хронической инфекции, ОРВИ, бронхитами, ангинами, синуситами, инсоляция, УФО, укусами насекомых, лекарственными препаратами [1-7,9-11].

Распространённость составляет 0,4-4% среди заболеваний кожи, чаще у женщин, чем у мужчин в соотношении 3:2. Наблюдается преимущественно у подростков и молодых людей, лица пожилого возраста и дети младшего возраста болеют редко. Самый младший пациент описан в возрасте 3-х месяцев, самый старший – 85-ти лет [4,5,7,8,10,11].

В начале заболевания обычно возникает «материнская» бляшка – одиночное крупное, овальное пятно, слегка приподнятое над уровнем кожи, размером от 2 до 5 см, розового или красного цвета с чёткими границами, вытянутого по продольной оси (признак «висящей занавески») с «воротничком» чешуек по периферии, что придает ей кольцеобразный вид. Локализуется «мате-

ринская» бляшка чаще в области шеи, кожи туловища, реже – конечностей [4,5,7,8,10,11].

В 20% случаев «материнская» бляшка отсутствует или имеются несколько «материнских» бляшек. В редких случаях «материнская» бляшка является единственным элементом сыпи («обезглавленный» розовый лишай). Спустя 5-15 дней появляются «дочерние» высыпания в виде мелких (от 0,5 до 2 см) многочисленных шелушащихся пятен либо без шелушения, или папул продолговатой овальной формы розового цвета с «воротничком» из чешуек серого окраса (симптом «папиросной бумаги»). Элементы располагаются по линиям натяжения кожи Лангера на туловище, шее, лице (у детей), верхних конечностях, бёдрах, ладонях, подошвах, половом члене (редко), напоминая «рождественскую ёлку» [4,5,7,8,10,11].

Высыпания появляются одновременно, что обуславливает эволюционный полиморфизм. Разрешаясь, элементы оставляют гипо- или гиперпигментацию. Общее состояние больных обычно не нарушается. Как правило, зуда нет. Но возможны общие явления, субфебрилитет, артралгии, лейкоцитоз. Заболевание обычно регрессирует самостоятельно в течение 6-14 недель, рецидивы редки. Если высыпания сохраняются дольше, производят биопсию кожи. Sino и др. (1998) описали случай повторного заболевания. Возможны осложнения: экзематизация, распространённая везикуло-буллёзная сыпь, пиодермия, эритродермия, полиаденит. У маленьких детей чаще встречаются атипичные формы в виде геморрагических высыпаний, лихеноидных папул, везикул, пузырей и волдырей, «воротничок» чешуек обычно отсутствует. Нередко поражается лицо, волосистая часть головы. Из субъективных ощущений – зуд, головная боль, жалобы со стороны ЖКТ, лихорадка, артралгии, недомогание [4,5,7,8,10,11].

Атипичные варианты розового лишая встречаются примерно в 20% случаев. Не характерность проявляется в морфологии элементов сыпи, её размерах и локализации. Некоторые авторы считают, что дети с ато-

пическим дерматитом более предрасположены к атипичным вариантам розового лишая, чем взрослые [4,5,7,8,10,11].

К атипичным формам розового лишая относятся следующие варианты [9,10,12,13]:

- *Везикулезный, пустулезный.* Генерализованное высыпание полостных элементов диаметром 2-6 мм, часто образующих «розетки» и сопровождающихся сильным зудом. Чаще всего встречается у детей и подростков и может локализоваться в области волосистой части головы, ладоней и подошв.

- *Геморрагический.* Чаще встречается у детей. Характеризуется высыпанием пурпурозных элементов на коже и, довольно часто, на слизистой оболочке полости рта. Воротничок обычно отсутствует. Иногда заболевание носит локализованный характер на небольшом участке тела, порой, с одной стороны. За материнской бляшкой не появляются диффузные высыпания.

- *Уртикарный.* Представляет собой поражения в виде волдырей, что придаёт ему сходство с крапивницей. Такой тип заболевания сопровождается интенсивным зудом.

- *Папулёзный.* Редкая форма заболевания, которая чаще встречается у маленьких детей и беременных женщин. Проявляется мелкими папулами размером 1-2 мм, которые могут присутствовать наряду с классическими пятнами и бляшками.

- *Розовый лишай, подобный мультиформной эритеме.* При данном типе заболевания наряду с классическими симптомами отмечаются «мишеневидные» очаги.

- *Фолликулярный.* Характеризуется высыпанием сгруппированных в округлые бляшки фолликулярных папул, часто существующих наряду с классическими поражениями.

- *Гигантский розовый лишай Дарье.* Представляет собой бляшки очень большого размера от 5 см до 7 см, при этом отдельные очаги могут достигать размера ладони пациента.

- *Кольцевидный окаймлённый розовый лишай Видаля.* Имеет ограниченное число высыпаний больших размеров. Локализуется

преимущественно в подмышечной и паховой областях, характеризуется крупными кольцеобразными высыпаниями розово-сизюшного цвета.

- *Гипопигментный.* Чаще всего встречается у темнокожих и смуглых людей, и представляет собой гипопигментные шелушащиеся бляшки с типичной локализацией.

- *Инверсный.* Наблюдается главным образом у темнокожих. Очаги папулезные, чаще кольцевидные и располагаются преимущественно на лице, задней поверхности шеи, дистальных участков конечностей, в области сгибов — подмышечной и паховой областях, локтевых и подколенных ямках. Поствоспалительная гипопигментация может быть весьма значительной.

- *Акральный.* Характеризуется типичными высыпаниями в области конечностей (предплечья, запястья, ладони, голени и подошвы).

- *Односторонний.* Чрезвычайно редкий вариант, возникающий как у детей, так и у взрослых. При этой форме высыпания расположены на одной стороне тела.

- *Блашкоидный.* Характеризуется высыпаниями по линиям Блашко (пигментация в форме узора).

- *Поражение полости рта* при розовом лишае встречается у 16% пациентов в виде эрозий, буллезных или геморрагических высыпаний, но обычно они бессимптомны, при этом у большинства пациентов выражены очаги на коже – эритемы, бляшки, точечные геморрагии, везикулы, небольшие язвы.

- *Асбестовидный.* Очень редкая форма заболевания, представленная в виде бляшек в области волосистой части головы, покрытых толстыми плотными чешуйками серого цвета. Клинически она имитирует pityriasis amiantacea.

Диагностика атипичных форм розового лишая не сложна, так как на фоне различных атипичных высыпаний, у многих пациентов все же присутствуют классические проявления.

Диагноз заболевания устанавливается на основании клинической картины, лабора-

торных данных (клинический анализ крови, общий анализ мочи, серологические исследования для исключения сифилиса, микроскопическое исследование для исключения микоза, гистологическое исследование биоптата кожи при атипичных формах дерматоза) и дифференциальной диагностики со следующими заболеваниями: разноцветный лишай, токсидермия, розеола сифилитическая, микоз гладкой кожи, параспориоз, себорейная экзема, инфекционные экзантемы.

При патоморфологическом исследовании кожи в эпидермисе – диффузный или очаговый паракератоз, отсутствие зернистого слоя, легкий акантоз, очаговый спонгиоз, образование везикул, дискератоз; в дерме – отек, гомогенные коллагеновые волокна.

Заболевание чаще всего не требует никакого лечения. При наличии зуда показано применение антигистаминных и местных глюкокортикоидных препаратов. Так же используют антибиотики, противовирусные препараты. Системные кортикостероидные препараты назначаются при осложненных формах заболевания. Принимая во внимание вирусную этиологию, использование кортикостероидов должно быть ограничено.

Из физиотерапевтических методов показано светолечение.

### *Приводим свое наблюдение.*

Больная Д., 69 лет обратилась к дерматологу по месту жительства с жалобами на поражение кожи в области левого плеча с августа 2020 года, без субъективных ощущений. Заболевание ни с чем не связывает, хотя накануне три недели тому назад, перенесла ОРВИ. В прошлом тяжелыми заболеваниями не болела. Аллергоанамнез не отягощен. Больная правильного телосложения, умеренного питания.

Дерматологом был установлен диагноз – Кольцевидная эритема Дарье. Назначен фонофорез с кортикостероидной мазью. После применения нескольких процедур появились новые высыпания на коже туловища, верхних и нижних конечностей.

Больная была направлена на консультацию в Республиканский дерматовенерологический диспансер. При осмотре – на месте первого очага в области кожи плеча имеется гиперпигментация, на других участках кожи туловища, верхних и нижних конечностях, высыпания «мишеневидной» формы, с отёчным краем, розово – красного цвета, расположенные по линиям Лангера. Установлен диагноз – Розовый лишай Жибера, подобный мультиформной эритеме.

В отделении обследована: вирус простого герпеса – 21,095 УЕ; иммуноглобулин Е – 12,01 U/ml; ревматоидный фактор (полуколичественный) – < 12 МЕ/мл; С-реактивный белок (количественный высокочувствительный) – 0,456 mg/L; *H. pylori* (суммарные антитела) – 1,11; АЛТ – 11,7 u/l; АСТ – 15,9 l/l; билирубин – 12,53 ummo l/l; билирубин прямой – 5,59 ummo ll/l; тимоловая проба – 1,62; щелочная фосфатаза – 47,8 u/l; Hb – 38 г/л; Э –  $4,1 \cdot 10^{12}$ ; ЦП – 1,0; Л –  $9,5 \cdot 10^9$ ; СОЭ – 3 мм/ч; палочкоядерные – 1%; сегментоядерные – 72%; лимфоциты – 17%; моноциты – 10%; общий анализ мочи – норма.

Учитывая атипичное течение заболевания, распространённый характер высыпаний, резистентность к проведенной терапии по месту жительства, для купирования основной клинической симптоматики были назначены системные кортикостероиды. Принимая во внимание наиболее вероятную вирусную теорию заболевания, использование кортикостероидов должно быть ограниченным. Также были назначены противовирусные и гипосенсибилизирующие препараты, витаминотерапия, наружно – кремы с топическими кортикостероидами.

При применении системных кортикостероидов переносимость их была хорошая, но спустя время возникло обострение кожного процесса, проявляющегося появлением новых распространенных высыпаний, зуда.

Для атипичного течения розового лишая присущи диагностические ошибки при установлении диагноза. Необычная локализация «материнской» бляшки в области плеча, что расценилось как кольцевидная

эритема; сходство клинических проявлений «дочерних» бляшек с многоформной эксудативной эритемой; длительность течения дерматоза; упорство к проводимой терапии, назначение системных кортикостероидов, отсутствие эффекта от лечения привело больную к тревожному состоянию.

Была проведена коррекция лечения: отмена кортикостероидов, назначение седативной терапии, что привело к клиническому улучшению, изменению психосоматического состояния, уверенности в выздоровлении и разрешению клинических проявлений.

Больная М., 34 года обратилась к дерматологу в апреле 2020 года с жалобами на наличие высыпаний, сопровождающихся выраженным зудом. Заболевание ни с чем не связывает. Первые высыпания появились на коже правой молочной железы. Дерматолог назначил общую гипосенсибилизирующее лечение, местную глюкокортикостероидную терапию. Заметных улучшений не отметила, спустя 10 дней появились новые высыпания, сопровождающиеся зудом. Учитывая неэффективность проводимого лечения, обратилась в Республиканский диспансер. Из анамнеза выяснилось, что подобные высыпания, но в более выраженной распространенной форме, имели место у отца, в последующем заболела мать, но уже в классической форме и с менее распространенными высыпаниями. При поступлении общее состояние удовлетворительное. Аллергоанамнез не отягощен. При осмотре – правильного телосложения, умеренного питания. Кожные покровы обычной окраски, тургор, эластичность кожи выражены согласно возрасту. Дермографизм красный. Ногтевые пластинки не изменены, лимфатические узлы, доступные пальпации, не увеличены.

На коже правой молочной железы очаг поражения овальной формы, размером 3,0\*4,0 см, красного цвета, элевирующего характера. При осмотре кожи туловища, особенно на боковых поверхностях по линиям максимальной растяжимости множественная уртикарная сыпь розово-красного цвета овальной формы, размером 0,5\*0,7 см.

Учитывая клинические проявления был установлен диагноз Розовый лишай, уртикарная форма.

При обследовании в стационаре изменений со стороны лабораторных данных не выявлено. К проводимой гипосенсибилизирующей терапии добавлены противовирусные препараты (валтрекс, циклоферон), витамины группы В и С, седативные препараты. На фоне проводимой терапии наступило разрешение клинических проявлений.

Более затруднительна диагностика розового лишая у детей.

### Приведем примеры.

На прием обратилась мама с ребенком 2 лет, у которой появились высыпания на коже шеи справа, по передней и боковой поверхности с другой стороны, без субъективных ощущений. Накануне ребенок переболел ОРВИ. При внимательном осмотре отмечено, что первое высыпание на коже проявилось в виде бляшки округлой формы с лихенизацией и шелушением. В дальнейшем появились другие элементы розово-красного цвета, которые имели вид пятен, вытянутых вдоль линий Лангера. Учитывая типичный анамнез (наличие предшествующего ОРВИ), клинические проявления, установлен диагноз Розовый лишай, лихеноидная форма.

Мама с ребенком 3 лет обратилась в Республиканский диспансер по поводу высыпаний на коже с легким зудом, которые появились около 10 дней назад. Из анамнеза установлено, что первые высыпания мама заметила на коже туловища. Сыпь была обильная, появилась на фоне температуры 37,2°C, общее состояние оценивалось как удовлетворительное. Заболевание ни с чем не связывали.

При осмотре – состояние удовлетворительное, ребенок активен. Объективно сыпь представлена обильными везикулезными элементами, отмечена легкая приуроченность к линиям Лангера, а при тщательном осмотре всего кожного покрова обнаружена материнская бляшка на коже внутренней поверхности ушной раковины справа в виде пятна округлой формы, красного цвета, размером 3,0\*3,0 см по типу «медальона».

При первом осмотре сыпи на туловище сложилось мнение об инфекционной эритеме (распространенные везикулезные элементы, температура 37,2°C, зуд), но не совсем типичное расположение везикул, приуроченных к линиям Лангера, материнской бляшки – крупного пятна красной окраски, дали основания для установления диагноза розовый лишай, везикулезная форма. Проведенное комплексное лечение привело к разрешению высыпаний.

## Список литературы

1. Игнатенко, Г.А. Инфекционный эндокардит у пациентов с гипертрофической кардиомиопатией [Текст] / Г.А. Игнатенко, Е.Ю. Понамарева, Г.Г. Тарадин // Архив внутренней медицины. – 2021. – № 5. – С. 335-343.
2. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем [Текст] / 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Деловой экспресс, 2016. — 768 с.
3. Amatya, A. Comparative study of effectiveness of oral acyclovir with oral erythromycin in the treatment of Pityriasis rosea [Text] / A. Amatya, E.A. Rajouria, D.K. Karn // Kathmandu Univ. Med. J. – 2012. - Vol. 10 (37). – P. 57-61.
4. Bhalla, N. Localized purpuric lesions in a case of classical pityriasis rosea. [Text] /N. Bhalla [et al.] // Indian J. Dermatol. Venereol. Leprol. – 2014. - Vol. 80 (6). - P. -551-553.
5. Chuh, A. A position statement on the management of patients with pityriasis rosea. [Text] / Chuh A. [et al.] //J. Eur. Acad. Dermatol. Venereol. – 2016. - Vol. 30 (10). – P. 1670- 1681.
6. Drago, F. Persistent pityriasis rosea: an unusual form of pityriasis rosea with persistent active HHV-6 and HHV-7 infection [Text] / F. Drago [et al.] //J. Dermatology. – 2015. - Vol. 230 (1). – P. 23-26.
7. Drago, F. Pityriasis Rosea: A Comprehensive Classification [Text] / F. Drago [et al.] // Dermatology. – 2016. - Vol. 232 (4). – P. 431-437.

8. Ciccarese, G. Is a treatment for pityriasis rosea really needed? [Text] / G. Ciccarese, F. Drago // *Indian Dermatol. Online J.* – 2016. – Vol. 7(5). – P. 435.
9. Badakhsh, H. Atypical Pityriasis Rosea with Unilateral Presentation. [Text] / H. Badakhsh [et al.] // *J. Clin. Diagn. Res.* – 2016. – Vol. 10 (12). – P. 1 – 2.
10. Kilinc, F. Atypical pityriasis rosea: clinical evaluation of 27 patients. [Text] / F. Kilinc [et al.] // *Cutan. Ocul. Toxicol.* – 2016. – Vol. 26. – P. 1-6.
11. Pityriasis Rosea: An Update on Etiopathogenesis and Management of Difficult Aspects [Text] / K. Mahajan [et al.] // *Indian J. Dermatol.* – 2016. – Vol. 61(4). – P. - 375-384.
12. Chuah, S.Y. Recurrent and persistent pityriasis rosea: an atypical case presentation [Text] / S. Y. Chuah, H. Y. Chia, H. H. Tan. // *Singapore Med. J.* – 2014. – Vol. 5(1). – P. 4– 6.
13. Zawar, V. Follicular pityriasis rosea. A case report and a new classification of clinical variants of the disease [Text] / V. Zawar, A. Chuh // *J. Dermatol. Case Rep.* — 2012. – Vol. 6. – P.36 – 39.

Provizion L.N.<sup>1</sup>, Shatilov A.V.<sup>1,2</sup>, Bakumenko I.N.<sup>2</sup>

### PINK LIVER, SIMULATING OTHER DERMATOSES

<sup>1</sup> GU LPR «Lugansk State Medical University named after St. Luke»

<sup>2</sup> Lugansk Republican Dermatovenerologic Dispensary Ministry of Health of the LPR

#### Summary

The article highlights the modern etiopathogenetic aspects of pink lichen, as well as describes cases of pink lichen, simulating other dermatoses.

**Key words:** pink lichen, etiology, pathogenesis, atypical forms.

#### Авторская справка и доленое участие

- |                 |   |
|-----------------|---|
| Провизион Л. Н. | к.мед.н., доц., доцент кафедры дерматовенерологии ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» (научное редактирование статьи).  |
| Шатилов А.В.    | к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии ГУ ЛНР «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки», зав. консультативно-диагностическим отделением №1 Луганского республиканского дерматовенерологического диспансера (набор и ведение больных, написание текста статьи) |
| Бакуменко И.Н.  | зав. дерматовенерологическим отделением №1 Луганского республиканского дерматовенерологического диспансера (набор и ведение больных).   |

*Проценко О. А., Тахташов И.Р.*

## НЕКОТОРЫЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКИЕ И ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ПРИ ВИЧ- АССОЦИИРОВАННЫХ ДЕРМАТОЗАХ

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

### **Резюме**

На основании анализа 176 случаев ВИЧ-ассоциированных дерматозов выделены поведенческие, социальные, эпидемиологические особенности больных. Средний возраст к моменту установления ВИЧ-положительного статуса составил  $20,6 \pm 1,2$  года, у женщин –  $21,2 \pm 1,4$  года, у мужчин –  $19,5 \pm 1,6$  лет. Инфицировались половым путем 51,1%, в т.ч. 67,8% женщин и 32,2% мужчин. Потребителей инъекционных наркотиков было 47,2%, мужчин в 3 раза больше, чем женщин – 72,3% и 27,7% больных, соответственно. Состояли в браке 26,1% пациентов, больше женщин, чем мужчин – 39,5% и 13,3% соответственно. Среди женщин было больше разведенных, чем среди мужчин – 43,1% и 22,3% соответственно, среди холостых – мужчин 64,4% и 17,4% соответственно. При анализе первичной обращаемости установлено, что 65,3% самостоятельно обратились за медицинской помощью, при этом женщины почти в 1,5 раза чаще, чем мужчины: 75,6% и 55,6% соответственно. Первый визит к дерматологу сделали 56,5%, женщины намного чаще, чем мужчины – 53,3% и 17,8% соответственно. В СПИД-Центр изначально обратились лишь 25,6% больных, среди которых мужчин было в 3 раза больше, чем женщин – 37,8% и 12,8% больных соответственно. 9,3% женщин первично за медицинской помощью обратились к косметологу.

**Выводы.** Выявленные социально-эпидемиологические и клинические особенности у ВИЧ-положительных больных с дерматологической патологией могут быть использованы для раннего выявления и повышения эффективности лечения этой патологии.

**Ключевые слова:** ВИЧ-ассоциированные дерматозы, эпидемиология, социологические особенности, клиника.

---

Распространенность ВИЧ-инфекции с преимущественным поражением лиц активного трудоспособного и репродуктивного возраста объясняют актуальность и социальную значимость проблемы, решение которой требует разработки мер влияния на все факторы распространения инфекции: социальные, медицинские, поведенческие, информационно-образовательные и др. [2,5]. С этой точки зрения большое значение имеет своевременное выявление инфициро-

ванных лиц, уже при первом обращении за медицинской помощью [1,3,4]. Учитывая частоту поражений кожи при ВИЧ-инфекции, особое место занимает информированность дерматологов и косметологов по этой проблеме.

Мы проанализировали собственный, более, чем 20-летний опыт ведения пациентов, имевших те или иные дерматологические, венерологические или косметологические проблемы.

Таблица 3.1

Первичная обращаемость больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами

Обращаемость	Всего абс/% n=176	Женщины абс/% n=86	Мужчины абс/% n=90
К дерматологу	62/35,2	46/53,5	16/17,8
К косметологу	8/4,6	8/9,3	-
В СПИД-Центр	45/25,6	11/12,8	34/37,8
Привлечен/а	61/34,6	21/24,4	40/44,4

Из 176 пациентов в наших наблюдениях преобладали лица активного репродуктивного возраста (21- 40 лет) – 132 (75%), как среди мужчин – 64 (36,4%), так и женщин – 68 (38,6%). Средний возраст к моменту установления ВИЧ-позитивного статуса составил  $20,6 \pm 1,2$  года, при этом у женщин –  $21,2 \pm 1,4$  года, а у мужчин –  $19,5 \pm 1,6$  лет.

Инфицировались половым путем 90 (51,1%), в том числе 61 (67,8%) женщин и 29 (32,2%) мужчин. В основном это были гетеросексуальные контакты – 81 (90%), гомосексуальные – лишь у 9 (10%), только у мужчин. Потребителей инъекционных наркотиков (ПИН) было 83 (47,2%), мужчин в 3 раза больше, чем женщин – 60 (72,3%) и 23 (27,7%) больных, соответственно.

Особый интерес представлял возрастной и гендерный анализ путей заражения ВИЧ. Так, в возрастной группе 21-30 лет преобладал половой путь инфицирования – 39 (22,2%) лиц, инъекционным путем заразились лишь 17 (9,7%) наблюдаемых лиц. В возрастной группе 31-40 лет преобладал инъекционный путь заражения – у 44 (25%), в то время как половой путь инфицирования был лишь у 28 (15,9%). При этом у женщин в обеих возрастных группах преобладал половой путь заражения, большинство из этих женщин не относились к группе риска и заразились от мужей и/или постоянных половых партнеров. Инфицирование при употреблении инъекционных наркотических препаратов было у большинства мужчин с ВИЧ-ассоциированными дерматозами – у 60 (72,3%) и лишь у 23 (27,7%) женщин.

Обращало внимание, что в возрастной группе 31 – 50 лет половым путем заразились лишь 38 (42,2%) больных, а инъекционным путем – 52 (62,7%) лиц, причем мужчин было в 3 раза больше, чем женщин – 49 (59%) и 13 (15,7%) соответственно. В возрастной группе 21 – 30 лет преобладал половой путь заражения, по сравнению с инъекционным – 40 (44,4%) и 17 (20,5%) больных соответственно, при этом женщин было в 3 раза больше, чем мужчин – 31 (34,4%) и 9 (10%) больных соответственно.

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

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

При анализе первичной обращаемости больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами установлено, что 115 (65,3%) самостоятельно обратились за медицинской помощью, при этом женщины почти в 1,5 раза чаще, чем мужчины: 65 (75,6%) и 50 (55,6%) соответственно. Большая часть из обратив-



Таблица 3.2

**Давность заболевания ВИЧ-ассоциированными дерматозами  
в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции**

Давность/клиническая стадия ВИЧ-инфекции	1-я	2-я	3-я	4-я	Всего абс./%
До 1 года	16	14	51	13	94/53,4
1 – 3 года	6	20	22	8	56/31,8
3 – 5 лет	7	2	3	2	14/8,0
Более 5 лет	3	8	-	1	12/6,8
Всего	32	44	76	24	176/100

Таблица 3.3

**Количество и структура дерматозов у ВИЧ-позитивных лиц  
в зависимости от клинической стадии ВИЧ-инфекции**

Клиническая стадия ВИЧ-инфекции	Количество дерматозов всего, n=307	Инфекционных n=162	Неинфекционных n=145	Показатель на 1 больного
1-я, n=32	29	18	11	0,91
2-я, n=44	62	31	31	1,41
3-я, n=76	124	52	72	1,63
4-я, n=24	92	61	31	3,83

шихся больных первый визит сделала к дерматовенерологам – 62 (56,5%), женщины намного чаще, чем мужчины – 46 (53,3%) и 16 (17,8%) соответственно. В СПИД-Центр изначально обратились лишь 45 (25,6%) больных, среди которых мужчин было в 3 раза больше, чем женщин – 34 (37,8%) и 11 (12,8%) больных соответственно. Обращало внимание, что каждая десятая женщина первично за медицинской помощью обратилась к косметологу – 8 (9,3%) (табл. 3.1). Лишь каждый третий пациент – 61 (34,6%) был привлечен активно, при этом мужчины в 2 раза чаще, чем женщины – 40 (44,4%) и 21 (24,4%) больных соответственно.

Давность заболевания к моменту обращения у большинства больных ВИЧ-ассоциированными дерматозами была до 3-х лет – у 150 (85,2%), при этом до 1 года – у 94 (53,4%) (табл. 3.2.). Число больных с давностью заболевания более 5 лет к моменту обращения было незначительным – 12 (6,8%). Следует отметить, что на всех клинических

стадиях ВИЧ-инфекции большая часть больных обращалась за медицинской помощью в течение первого года заболевания: 16 (50%) ВИЧ-позитивных больных на 1-й клинической стадии ВИЧ -инфекции; 14 (31,8%) – на 2-ой клинической стадии ВИЧ-инфекции; 51 (67,1%) – на 3-й клинической стадии и 13 (54,2%) – на 4-й клинической стадии ВИЧ -инфекции (табл.3.2).

При анализе особенностей ВИЧ-ассоциированных поражений кожи отмечено, что у 96 (54,5%) больных было 2 и более вида заболеваний кожи, среди которых преобладали инфекционные дерматозы – у 162 (92,2%). В наших наблюдениях на одного больного приходилось 1,74 дерматоза, при этом на 1-й клинической стадии ВИЧ-инфекции – 0,91; на 2-й клинической стадии – 1,41; на 3-й клинической стадии – 1,63 и на 4-й клинической стадии ВИЧ-инфекции – 3,83 дерматоза (табл. 3.3).

В наших наблюдениях инфекционные дерматозы чаще встречались на 1-й и

4-й клинической стадии ВИЧ-инфекции, на 2-й клинической стадии их число не отличалось от неинфекционных, а на 3-й клинической стадии было больше неинфекционной дерматологической патологии, среди которой доминировали аллергическая и токсико-аллергическая.

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

У 58 (33%) больных наблюдали изменение клинической стадии ВИЧ-инфекции, при этом у 29 (16,5%) ВИЧ-позитивных лиц с давностью заболевания до 1 года, у 22 (12,5%) – болеющих от 1 года до 3-х лет, у 7 (4%) больных – с давностью заболевания 3-5 лет. Обращало внимание, что показатель дерма-

тологической патологии на 1 больного в этих группах составил, соответственно, 2,55; 2,77 и 2,86, т.е. был больше, чем в группе лиц с 3-й клинической стадии ВИЧ-инфекции и приближался к показателю лиц с 4-й клинической стадией ВИЧ-инфекции. Можно предположить, что увеличение числа дерматологической патологии у ВИЧ-позитивного пациента является прогностически неблагоприятным показателем, отражающим прогрессирование инфекционного процесса и может быть одним из дополнительных критериев назначения АРВ терапии и/или ее коррекции.

Таким образом, выявлены социально-эпидемиологические и клинические особенности у ВИЧ-позитивных больных с дерматологической патологией, что может быть использовано для раннего выявления и повышения эффективности лечения этой патологии.

## Список литературы

1. Барабанов, А.Л. Общие вопросы дерматологической заболеваемости у ВИЧ-инфицированных лиц [Текст] / А.А. Барабанов // *Дерматология. Косметология*. – 2018. – Т.4, №1. – С. 55-68.
2. Игнатенко, Г.А. Прогнозирование риска развития расстройств адаптации у студенческой молодежи [Текст] / Г.А. Игнатенко, О.А. Бешуля // *Университетская клиника*. – 2021. – №2 (39). – С. 89-93.
3. Минуллин, И.К. Дерматологические заболевания у ВИЧ-инфицированных пациентов [Текст] / И.К. Минуллин, Е.В. Бильдюк, Г.Г. Вафина [и др.] // *Практическая медицина*. – 2014. – №8(84). – С. 47-48.
4. Проценко, О.А. ВИЧ-ассоциированные дерматозы [Текст] / О.А. Проценко. – Донецк, 2021. – 212 с.
5. *Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text]* / S. Burge, R. Matin, D. Wallis. – Second Edition - Oxford University PRESS, 2016. – 694 p.

*Protsenko O. A., Tachtashev I.R.*

## **SOME SOCIOLOGICAL AND EPIDEMIOLOGICAL FEATURES IN HIV-ASSOCIATED DERMATOSIS**

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

### **Summary**

Based on the analysis of 176 cases of HIV-associated dermatoses, behavioral, social, and epidemiological characteristics of patients were identified. The average age at the time of establishing HIV-positive status was  $20.6 \pm 1.2$  years, for women –  $21.2 \pm 1.4$  years, for men –  $19.5 \pm 1.6$  years. 51.1% were infected sexually, including 67.8% women and 32.2% men. There were 47.2% injecting drug users, 3 times more men than women – 72.3% and 27.7% patients, respectively. 26.1% patients were married, more women than men – 39.5% and 13.3%, respectively. There were more divorced women than men – 43.1% and 22.3%, respectively, among unmarried men – 64.4% and 17.4%, respectively. When analyzing the primary referral, it was found that 65.3% independently sought medical help, while women are almost 1.5 times more likely than men: 75.6% and 55.6%, respectively. The first visit to a dermatologist was made by 56.5%, women much more often than men – 53.3% and 17.8%, respectively. Only 25.6% patients initially applied to the AIDS Center, among which there were 3 times more men than women – 37.8% and 12.8% patients, respectively. Every tenth woman first turned to a cosmetologist for medical help – 9.3%.

**Conclusions.** The identified socio-epidemiological and clinical features in HIV-positive patients with dermatological pathology can be used for early detection and improvement of the effectiveness of treatment of this pathology.

**Key words:** *HIV-associated dermatoses, epidemiology, sociological features, clinic.*

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

- |               |  |
|---------------|--|
| Проценко О.А. | д.мед.н., проф., зав.каф. дерматовенерологии и косметологии ФИПО<br>ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел. +380713407118<br>(концепция и дизайн исследования, научное редактирование статьи) |
| Тахташов И.Р. | к.мед.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии ФИПО<br>ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО, тел. +380714076924<br>(обзор литературы, написание текста статьи)                       |

Белик И.Е.

## ТАКТИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В НАЗНАЧЕНИИ БАЗИСНОЙ ТЕРАПИИ У ПАЦИЕНТОВ С ИНТЕГУМЕНТНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

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

### Резюме

Изложены основные принципы и современные требования к ведению больных и выбору базисной терапии при интелгументной красной волчанке. В зависимости от выраженности воспалительных явлений, активности заболевания и индивидуального статуса больного проводится выбор детерминированной комплексной базисной терапии.

**Ключевые слова:** интелгументная красная волчанка, ведение, базисная терапия, комбинированная базисная терапия.

---

Стандартные схемы лечения больных красной волчанкой (КВ) базируются на различных направлениях патогенетической терапии заболевания и оказывают иммунодепрессивное, противовоспалительное, фотопротекторное, ангиопротекторное действие [2,4,5,6,7,8,10,11]. В ведении больных различными формами интелгументной красной волчанки (ИКВ) используют системную и локальную медикаментозную терапию, эфферентные и физиотерапевтические методы лечения [1,2,3,11,12,14,15]. Для достижения ремиссии заболевания больные ИКВ вынуждены длительно принимать иммунодепрессанты, приём которых сопровождается множеством побочных эффектов, – это утяжеляет состояние больных и требует назначения дополнительного, корригирующего лечения. У многих больных КВ заболевание часто осложняется сопутствующей патологией различных органов и систем, в связи с чем возникает необходимость детерминированного подхода при назначении лечения [1,2,3,6,13]. Индивидуальные особенности лечения и течения КВ у каждого больного во

многoм определяют дальнейший прогноз и ход течения заболевания, поэтому составление программы ведения больного ИКВ требует от врача-дерматовенеролога достаточных профессиональных и общемедицинских знаний, соблюдение определенных принципов и правил назначения базисной и сопровождающей терапии, которая должна быть адекватной и достаточной по объему и длительности, а также избирательной, обоснованной индивидуальным статусом больного.

Традиционно, программа лечения больных ИКВ включает: базисную терапию, сопровождающую корригирующую терапию, базисную вспомогательную (альтернативную) терапию, фотозащиту системную и локальную, наружное лечение, симптоматическое и физиотерапевтическое лечение [2,3,6,11,15].

Базисная терапия (БТ) – это терапия, которая радикально изменяет, модифицирует течение заболевания, переводит болезнь из состояния обострения в состояние ремиссии [5,6]. Современные требования ведения больных КВ предусматривают мак-

симально раннее начало БТ с целью быстрого развития клинического эффекта и индукции ремиссии. В качестве базисных препаратов при ИКВ используют «малые» иммунодепрессанты – аминохинолиновые (противомалярийные) препараты (АХП), могут использоваться и глюкокортикостероиды (ГКС) [3,5,11,12,13].

АХП (хлорохин, гидроксихлорохин) являются основными средствами в лечении больных ИКВ, а также СКВ без тяжелых висцеральных поражений с низкой степенью активности волчаночного процесса на фоне фотосенсибилизации и умеренного поражения кожи и суставов.

Основными фармакодинамическими эффектами АХП при КВ являются иммунодепрессивный, противовоспалительный, и фотопротективный. АХП также угнетают агрегацию эритроцитов в сосудах микроциркуляторного русла [11,12].

Иммунодепрессивное действие АХП основано на способности угнетения образования простагландинов, подавлении активности лимфоцитов, снижении выделения лимфокинов, блокировании активации системы комплемента и Т-лимфоцитов и торможении хемотаксиса фагоцитарных клеток (подавление процесса аутоенсибилизации и снижение количества аутоенсибилизированных клеток).

Противовоспалительное и фотодесенсибилизирующее действие АХП связано со стабилизацией клеточных мембран, блокировании выделения лизосомальных ферментов и связывании свободных радикалов.

В качестве базисной терапии АХП применяют: хлорохин (0,25г) внутрь 1-2 таблетки (0,5 г) 2 р/д; или гидроксихлорохин (0,2 г) внутрь 2-3 таблетки (0,4г) 2 р/д. АХП принимают циклами по 5 или 10 дней с 2-х дневным интервалом на протяжении нескольких месяцев и более до достижения клинического эффекта, для предупреждения развития синдрома отмены и обострения заболевания (при резком прекращении лечения) следует постепенно снижать суточную дозу и кратность приёма препарата. При недостаточной

эффективности монотерапии АХП вариантом БТ может быть комплексная базисная терапия (КБТ) – сочетание традиционной монотерапии АХП per os с внутривенным введением инъекционных растворов АХП в очаги дискоидной КВ, при которой отсутствуют побочные эффекты локальной ГКС терапии, а препарат БТ вводится непосредственно в очаг воспаления [6,12].

Показаниями для внутриочагового введения АХП являются наличие у пациента дискоидных высыпания с выраженной воспалительной инфильтрацией и отсутствие клинического эффекта при проведении стандартной БТ АХП; локализация высыпаний ИКВ на коже волосистой части головы. При локализации дискоидных высыпаний КВ на коже волосистой части головы анатомо-функциональные особенности кожи этой зоны (более выраженный и плотный соединительнотканый каркас, апоневроз и плохое проникновение лекарственных препаратов в очаг воспаления) обуславливают необходимость проведения более длительного медикаментозного лечения и, соответственно, повышение риска возникновения дозозависимых побочных эффектов БТ АХП. Поэтому, при поражении этого топографического региона для ускорения регресса высыпаний и улучшения переносимости АХП, показано непосредственное введение «базисного» лекарственного средства в область воспалительной инфильтрации. Наряду с АХП, для внутриочагового, внутривенного введения используют также ГКС – в этом случае лечение следует проводить осторожно с соблюдением кратности введения, разовой и курсовой дозировки препарата из-за риска развития атрофии кожи [1,2,12].

АХП вводят внутривенно не более 1 мл на 1 см<sup>2</sup> – 5% раствор хлорохина или 10% раствор гидроксихлорохина 1 р в 5-7 дней, на курс 4-20 инъекций.

ГКС – бетаметазон вводят внутривенно не более 0,2 мл на 1 см<sup>2</sup> – 1 р в неделю всего 2-3 инъекции (недельная доза не должна превышать 1 мл), затем 1 р в 2-4

недели до 5 инъекций; метилпреднизолон (депо-медрол, солу-медрол) внутривенно 40 мг 1 р в неделю 1-4 инъекции. Ведение более сильных препаратов (триамцинолона ацетонид) осложняется быстрым появлением атрофии кожи.

АХП применяют также в качестве средства профилактики рецидивов ИКВ в связи с присущим им выраженным эффектом фотодесенсибилизации, который основан на способности поглощать фотоны солнечного света и блокировании процессов свободнорадикального повреждения биологических мембран и аутоантителообразования [11,14,17]. С целью предупреждения рецидивов заболевания, особенно в солнечно-активное время года, АХП применяют по схеме: 1г в сутки ежедневно, через день, затем 2 р в неделю в течение 3-6 и более месяцев.

Отсутствие эффекта от проведения стандартной БТ АХП у больных ИКВ может отмечаться при поражении более 3 топографических регионов, у больных диссеминированной КВ, волчаночным панникулитом, при подострой кожной КВ Сонтгеймера (МКБ: L93.1) [1,2]. В этом случае с целью индукции ремиссии назначают КБТ – комбинацию АХП с нестероидными противовоспалительными препаратами (НПВП) или системными ГКС. НПВП обладают выраженным противовоспалительным, противоотечным, антитромботическим, ангиопротекторным обезболивающим действием – способствуют стабилизации лизосомальных мембран и снижению проницаемости сосудистой стенки, угнетают воспалительную дезорганизацию соединительной ткани и могут значительно ускорить наступление клинической ремиссии [5].

Показаниями для назначения НПВП в составе КБТ у больных ИКВ являются отсутствие клинического эффекта при монотерапии АХП, распространенные высыпания КВ с выраженной воспалительной реакцией сыпи при отсутствии лабораторных признаков аутоиммунной агрессии, наличие маловыраженных системных проявлений заболевания у больных ИКВ (субфебрилитет, артралгии,

астенический синдром) при отсутствии лабораторных признаков аутоиммунной агрессии. Обычно при КВ используют производные салициловой, мекфенаминовой кислоты, рофекоксиб и др. Выбор НПВП при КВ ограничен т.к. следует учитывать, что многие препараты этой фармакологической группы (фенилбутазон, диклофенак, ибупрофен, индометацин, напроксен, пироксикам, мелоксикам, кетопрофен, целекоксиб) обладают фотосенсибилизирующим эффектом и могут вызвать фотодинамические реакции и ухудшение течения КВ [6,11,12].

Использование системной ГКС терапии при кожных формах КВ является агрессивным вариантом базисной терапии ИКВ. Включение ГКС в состав КБТ у больных ИКВ обосновано иммуносупрессивным, противовоспалительным и антиаллергическими свойствами этих препаратов (быстрым уменьшением количества иммуноактивных клеток в очаге воспаления, стабилизацией лизосомальных мембран, блокированием выделения различных БАВ, регрессом клинических проявлений сосудистого воспаления) [14,16]. Назначая системные ГКС, необходимо учитывать особенности механизма действия различных ГКС-препаратов со свойственной каждому из них активностью и степенью выраженности иммунодепрессивного и противовоспалительного эффектов [3,6,11,12].

Имунодепрессивное действие ГКС проявляется при введении минимальных, низких и средних доз кортикостероидных препаратов – менее 7,5 мг/сутки и 7,5-30 мг/сутки в пересчете на преднизолон [5,10].

Противовоспалительный эффект ГКС (стабилизация лизосомальных мембран, снижение проницаемости сосудистой стенки, угнетение воспалительной дезорганизации соединительной ткани) начинается при приеме более высоких доз ГКС – 30-100 мг /сут в преднизолоновом эквиваленте [5,12].

При кожных формах КВ целью назначения системных ГКС является подавление процесса аутоантителообразования и получение быстрой адекватной иммуносупрес-

сии, в то время как противовоспалительный эффект ГКС ( $\downarrow$ СОЭ, нормализация температурных показателей, уменьшение воспалительных явлений на коже, обезболивающий эффект при наличии артралгий и др.) в данной ситуации является вторичным [3,5,13].

Показаниями к комплексной БТ с применением ГКС при ИКВ являются отсутствие эффекта от проведения стандартной БТ АХП, высокая активность и тяжелое течение заболевания (частые и длительные рецидивы волчанки, распространенные поражения кожи с вовлечением в процесс трех и более топографических регионов, глубокие и/или распространенные рубцово-образующие высыпания при резистентности к монотерапии АХП), наличие у больного лабораторных иммунологических показателей активности аутоиммунного волчаночного процесса в патологических титрах (антинуклеарные антитела; антитела к нДНК; низкие уровни комплекса СН50, С3, С5, СРБ и др.).

Среди всех ГКС, используемых при ИКВ, наибольшим иммунодепрессивным действием (в эквивалентных дозах) обладает метилпреднизолон, затем в порядке убывания следуют: бетаметазон, дексаметазон, преднизолон, гидрокортизон, преднизон. Для получения немедленного и стойкого пролонгированного эффекта у больных ИКВ используют сочетанное назначение АХП с короткой ударной дозой системных ГКС (метилпреднизолон 8-32 мг/сут; дексаметазон 2-5 мг/сут; преднизолон 10-30 мг/сут) с быстрым и постепенным снижением дозировки, по достижении клинического эффекта [5,11]. Пример дозировки ГКС (per os) в преднизолоновом эквиваленте: 30 мг/день – 1я неделя; 20 мг/день – 2я неделя; 10 мг/день – 3-я неделя (7-10 дней) с последующей отменой препарата при стабильном состоянии.

При необходимости более длительного применения ГКС возможно использование альтернирующего режима дозирования ГКС – назначение удвоенной суточной дозы препарата в один приём через день утром после завтрака – такой режим позволяет достичь

максимального клинического эффекта при минимальных осложнениях длительной кортикостероидной терапии (угнетение гипофизарно-надпочечниковой секреции, синдром отмены, кушингоид и др.).

С целью индукции ремиссии часто применяют инъекционные формы введения быстродействующих и/или пролонгированных ГКС в сочетании со стандартной базисной терапией ПМП. Применяют комбинированный препарат бетаметазона – 1 амп. в/м однократно 1 р в 10-14 дней 1-5 инъекций в зависимости от реактивности процесса; метилпреднизолон (депо-медрол, солу-медрол, метипред) – 40-80 мг метилпреднизолона в/м 1 р в неделю 1-4 инъекции.

«Большая» иммунодепрессивная терапия (азатиоприн, циклоспорин, метотрексат, циклофосфамид и т.д.) при ИКВ не используется, при необходимости назначения «большой» супрессивной иммунной терапии больному следует провести расширенное клиничко-лабораторное обследование с целью верификации диагноза СКВ.

Вспомогательными методами БТ при ИКВ являются эфферентные методы терапии (ЭМТ) (плазмаферез, гемосорбция) и системная энзимотерапия (СЭТ) [5,8,9,10]. Плазмаферез и гемосорбцию используют обычно у больных СКВ с высокой степенью активности иммуновоспалительного процесса при неэффективности адекватной базисной комплексной медикаментозной терапии, а также при развитии люпус-нефрита с нефротическим синдромом и др. тяжелых проявлений заболевания, а также при невозможности применения ГКС и цитостатиков и т.д. Курс лечения ЭМТ составляет 3-5 сеансов с интервалом в 2-3 дня. Включение ЭМТ в КБТ больных СКВ по данным многих исследований [5,7,8,9] приводит к клиническому регрессу основных проявлений заболевания и замедляет прогрессирование болезни [9]. При ИКВ назначение ЭМТ не является стандартным вариантом БТ, однако, они могут использоваться при наличии противопоказаний к АХП и ГКС.

Препараты системной энзимотерапии (СЭТ) усиливают фармакодинамический эффект средств традиционной терапии [3,6,9], и в этой связи дают возможность скорее снизить суточные и курсовые дозы АХП и ГКС, уменьшить или предотвратить их побочные действия. Системные полиэнзимы содержат сбалансированные смеси энзимов (панкреатин, папаин, бромелаин, химотрипсин, трипсин, липаза, амилаза, рутин), которые оказывают разнонаправленное позитивное метаболическое действие.

Основными фармакодинамическими эффектами СЭТ являются снижение продукции и ускорение элиминации ЦИК, снижение активности системы комплемента, подавление образования иммунных депозитов в тканях, выраженный интерферогенный эффект, регуляция уровня цитокинов, улучшение микроциркуляции и реологических свойств крови, регулирующее влияние на активность печеночных трансаминаз и равновесие плазменных липидов [9]. В качестве средств СЭТ применяют вобензим внутрь по 5-10 драже 3 р/сут за 30 мин до еды до достижения клинической ремиссии; флогензим внутрь – 6 таб/сут – по 2 таб 3 р/сут или по 3 таб 2 р/сут за 30-60 мин до еды до достижения клинической ремиссии

Таким образом, современные требования к назначению БТ при ИКВ предполагают: 1) максимально раннее начало базисной терапии АХП (учитывают, что максимальный клинический эффект АХП запаздывает на

1 месяц); 2) длительный прием «базисного препарата» (после достижения клинической ремиссии эффективный «базисный препарат» не отменяют, а продолжают его прием в поддерживающей дозе в течение 3-6 месяцев и более до достижения стойкой клинико-лабораторной ремиссии); 3) комбинированное применение АХП с НПВП, СЭТ у больных с выраженной воспалительной реакцией сыпи, при наличии артралгий, увеличении СОЭ, субфебрилитета, также для усиления противовоспалительного эффекта стандартной базисной монотерапии АХП у больных с распространенными высыпаниями; 4) проведение КБТ (сочетание монотерапии АХП с другими средствами БТ или замена одного АХП на другой) у больных с наличием лабораторных иммунологических признаков активности заболевания, отсутствии эффекта от стандартного лечения: использование комбинации АХП с внутривенным введением АХП или внутривенным введением ГКС до достижения неполной клинической ремиссии с дальнейшим возвратом на монотерапию АХП или сочетание АХП с ГКС per os в дозе 10-30 мг/сутки в преднизолоновом эквиваленте или сочетание АХП с СЭТ или сочетание АХП с ЭМТ; 5) обязательное назначение, наряду с БТ, сопровождающей корригирующей терапии, направленной на коррекцию возникающих побочных эффектов БТ и метаболических нарушений, характерных для КВ (антиоксиданты, гепатопротекторы, фотопротекторы и ангиопротекторы).

## Список литературы

1. Белик, И.Е. Прогностические признаки тяжёлого течения красной волчанки в практике дерматолога [Текст] / И.Е. Белик [и др.] // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». - 2019. - №3(25) - С.6-9.
2. Белік, І.Ю. Патогенетичні основи та принципи ведення хворих на хронічний червоний вовчак з використанням метаболічної терапії [Текст]: автореферат дис.... докт. мед. наук / І.Ю. Белік - Харків, 2007. - 38 с.
3. Болотная, Л.А. Кожа и слизистые [Текст] / В кн.: А.И Дядык., А.Э.Багрий Системная красная волчанка. - Донецк: Регион, 2003. - С.275-289.
4. Головач, И.Ю. Менеджмент пациентов с системной красной волчанкой на этапе первичной медицинской помощи: ответы на часто задаваемые вопросы [Текст] / И.Ю. Головач, Е.Д. Егудина // Семейная медицина. - 2019. - №2 (82). - С.31-42.
5. Дядык, А.И. Системная красная волчанка [Текст]: монография / А.И Дядык., А.Э. Багрий. - Донецк: Регион. - 2003.- 464с



6. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней [Текст]: под ред. А.Д. Кацамбаса, Т.М. Лотти; пер с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 736 с.
7. Иванова, М.М. Основные методы и индивидуализированные программы лечения больных системной красной волчанкой [Текст] / М.М. Иванова, Д.Е. Каратаев, Е.Л. Лучихина // *Клин. мед.* - 2000. - Т.78, №5. - С.45-49.
8. Клюквина, Н.Г. Алгоритм лечения системной красной волчанки. Современное состояние проблемы [Текст] / Н.Г. Клюквина // *Медицинский совет.* - 2016. - №08. - С.99-105.
9. Кошевенко, Ю.Н. Перспективы применения системной энзимотерапии при красной волчанке [Текст] / Ю.Н. Кошевенко // *Российский журнал кожных и венерических болезней.* - 2001. - №4. - С.51-58.
10. Насонов, Е.Л. Аутоиммунные ревматические заболевания – проблемы иммунопатологии и персонализированной терапии [Текст] / Е.Л. Насонов, Е.Н. Александрова, А.А. Новиков // *Вестник РАМН.* –2015. - №2. – С.169-182.
11. Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем [Текст]: руководство для практикующих врачей / А.А. Кубанова [и др.]; под общ. ред. А.А. Кубановой, В.И. Кисиной – М.: «Литтера», 2005. – 882 с.
12. Романенко, И.М. Лечение кожных и венерических болезней [Текст]: руководство для врачей в 2-х томах [Текст] / И.М. Романенко, В.В. Кулага, С.Л. Афонин - М.: Медицинское информационное агентство, 2006. – Т.1 – 904 с.
13. Скрипкин, Ю.К. Поражения кожи при болезнях соединительной ткани. В кн.: Клиническая дерматовенерология [Текст] / Ю.К. Скрипкин [и др.] / под ред. Ю.К. Скрипкина, Ю.С. Бутова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. - Т.II. – С.234–277.
14. Chang, A.Y. Treatment of cutaneous lupus [Text]/ A.Y. Chang, V.P. Werth // *Curr. Rheumatol. Rep.* - 2011. - №13 (4). – P. 300–307.
15. Winkelmann, R.R., Kim G.K., Del Rosso J.Q. Treatment of cutaneous lupus erythematosus. Review and assessment of treatment benefits based on Oxford centre for evidence-based medicine criteria [Text]/ R.R Winkelmann, G.K. Kim, J.Q. Del Rosso// *J. Clin. Aesthet. Dermatol.* – 2013.- №6 (1). – P. 27–38.

Byelik I.E.

### TACTICAL APPROACHES IN PRESCRIBING BASIC THERAPY IN PATIENTS WITH CUTANEOUS LUPUS ERYTHEMATOSUS

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

#### Summary

The main demands to management and base of treatment peculiarity in lupus erythematosus patients determined. The complex basic therapy depends of the expressiveness, degree of inflammation in lupus erythematosus lesions, disease activity and individual status of CLE patients.

**Keywords:** *cutaneous lupus erythematosus (CLE), management, basic therapy, combined basic therapy.*

#### Авторская справка

Белик И.Е.

д.мед.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии ГОУ ВПО  
ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, тел.: +7380713827026

Милус И.Е.

## ПСИХОСОМАТИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ У БОЛЬНЫХ АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ И ОБОСНОВАНИЕ ПСИХОКОРРИГИРУЮЩЕЙ ТЕРАПИИ

Республиканский клинический дерматовенерологический центр МЗ ДНР,  
Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования  
«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

### Резюме

Рассмотрена психосоматическая концепция развития атопического дерматита и формирования его основных клинических проявлений. Обоснована необходимость и обсуждаются особенности психокорригирующего лечения в этапном ведении больных.

**Ключевые слова:** атопический дерматит, психосоматические нарушения, психокорригирующая терапия.

---

Атопический дерматит (АД) отличается характерными клиническими симптомами (изнуряющий приступообразный, лишающий сна зуд, даже после регресса сыпи), которые уже с детства формируют психологические изменения и психосоматические нарушения, влияющие на последующую жизнь пациента, снижающие не только качество жизни больного и его близких, но и социально-трудовую реализацию. Именно поэтому АД рассматривают как классическое психосоматическое заболевание [2,3,6].

Изучению психопатологических изменений у больных дерматозами были посвящены многочисленные исследования, при этом особое место занимали вопросы первичности, вторичности или бинарности психосоматических расстройств [4,9-13]. Показано, что на фоне измененного функционирования центральной нервной системы и психической гиперестезии даже малые подпороговые раздражители приобретают характер чрезвычайных, обуславливая снижение резистентности организма в целом и его кожной подсистемы к подобным воздействиям [10,14].

Установлена зависимость аллергических, иммунных и гормональных нарушений с полом и возрастом, дисфункцией нервной системы, обуславливающей эмоциональную реактивность пациентов и риск развития соматической и/или кожной патологии [3,5,9,12]. Так, по данным R. Griesemer и T. Nadelson (1979 г), 70 % больных АД отмечали первостепенную триггерную роль психоэмоционального фактора в обострении дерматоза, причем период между стрессорным воздействием и началом клинических проявлений варьировал от нескольких минут – часов (появление зуда) до нескольких дней (появление везикул, эритемы) [10]. M. Greenhill (1942 г.) у 65% больных АД выявил повышенную частоту депрессии, у 40% – дисфории в достоверной связи с выраженностью клинических проявлений дерматоза [10].

Особое внимание уделяли изучению зуда, который является не только первичным, но и патогномичным признаком, сопровождающим все стадии АД. Интенсивность зуда при АД сравнима только с зудом при чесотке Гайда и грибо-

видном микозе [1,2,3,6]. Даже незначительный раздражитель вызывает универсальную реакцию в виде зуда, который приобретает хронический пароксизмальный характер, полностью переключая на себя внимание больного. Критерием выраженности зуда являются экскориации, варьирующие от линейных кровянистых корочек до скальпирующих расчесов, оставляющих после себя атрофические рубцы. Интенсивный нестерпимый зуд порой доводит больного до суицидальных попыток. Психоэмоциональные реакции, обусловленные зудом и/или видимыми изменениями кожи (косметический дефект) являются дезадаптирующим фактором, формирующим в итоге индивидуальную картину болезни [3,6,19].

Сочетанное использование клинических психодиагностических методов и компьютерной экспресс-диагностики позволили отнести психопатологическую симптоматику больных АД к группе пограничных психических расстройств [10,14]. Анализ связи тяжести дерматоза и сложности психопатологического синдрома показал, что ведущим психопатологическим синдромом при тяжелых формах АД является тревожно – депрессивный синдром [19].

Проблеме психопатологических нарушений и реакциям личности на психологический стресс уделяют внимание не только в дерматологии. Доказана связь между нарушениями нервно психической сферы и инфарктом миокарда, гипертонической болезнью, ишемической болезнью сердца, дискинезией желчевыводящих путей, язвенной болезнью, заболеваниями щитовидной железы, ревматоидным артритом и остеоартрозом, бронхиальной астмой, сахарным диабетом, ожирением [5,8,9,12,15,17]. В дерматологии подобные исследования проводили не только при АД, но и при аллергодерматозах, акне, псориазе, алопеции, красном плоском лишае [4,7,13,14,16,18]. Учитывая значимость доказанных психосоматических факторов в патогенезе дерматозов было даже предложено выделить группу психосоматических кожных заболеваний [10,14].

Особую роль в развитии дерматозов отводят психотравматизации. Как «психосоматический орган» кожа является базисным органом для всех восприятий «фокусом проявлений всех конфликтов» [10]. Известный немецкий дерматолог W. Sack (1933 г), впервые описывая принципы психосоматической дерматологии, сформулировал основополагающее положение – «кожа – зеркало души» [14]. Было показано, что депрессивный аффект способствует формированию иммунной недостаточности с подавлением клеточных иммунных реакций в коже, обуславливая дебют и поддерживая хроническое рецидивирующее течение дерматозов [10,14,19].

С позиций психосоматической концепции развития выделены две основные группы дерматозов, характеризующихся по причинно – следственному признаку психопатологических нарушений [10,14]. В первую группу включены дерматозы, в основе которых лежат первичные психопатологические расстройства, определяющие поведение больного и неадекватное отношение его к болезни: механические дерматозы (патомигия, трихотилломания, онихофагия); галлюцинации и бредовые состояния (дерматозойный бред, тактильный галлюциноз); фобии кожных и венерических заболеваний (сифилофобия и др.). Во вторую группу вошли истинные психосоматические дерматологические заболевания, при которых преобладает причинная роль психоэмоционального фактора (идиопатический гипергидроз, хроническая крапивница, кожный зуд, гнездная плешивость).

Разработаны клинические критерии для определения роли психопатологического компонента в развитии и течении дерматозов: наличие в анамнезе предшествующих психотравмирующих факторов, сопутствующая неврологическая или депрессивная симптоматика (отчетливые изменения настроения больного, фиксированность на проявлениях болезни, нарушения социальной адаптации и др.); выявление вегетативной симптоматики; цикличность течения

дерматоза с пароксизмами зуда; ночной зуд и расчесы; недостаточная эффективность традиционной терапии при отчетливом терапевтическом эффекте психотропных препаратов, особенно антидепрессантов; улучшения, связанные с разрешением психотравмирующей ситуации, нормализацией психотравмирующего статуса [10,14].

Отмечено, что у 80% больных хроническими заболеваниями кожи присутствует весь спектр пограничных психопатологических расстройств, с преобладанием депрессивных и тревожно – ипохондрических [13,14,19]. Показано, что недооценка психического фактора при дерматозах снижает эффективность терапевтической помощи у не менее 40% больных [1]. Использование компьютерных методик психодиагностики и установление синдромальной классификации психопатологических расстройств позволило оптимизировать лечение больных и предложить спектр психофармакотерапии (психотропных препаратов: транквилизаторов, антидепрессантов, ноотропов и др.), методов психотерапии и других немедикаментозных воздействий (низкочастотная терапия и др.) [1,10]. Основные задачи психокоррекции были сведены к нормализации соматических проявлений эмоциональных реакций, устранению функциональных нарушений и предупреждению их возобновления или хронизации дерматоза [1,3,6,10].

Клиническая практика показала, что для успешной психокоррекции психосоматических расстройств у больных дерматозами необходимо соблюдение ряда принципиальных положений [14]:

- принцип индивидуализации терапии;
- принцип комбинированной терапии, включающий одновременное лечение дерматоза и психогенных нарушений;
- принцип динамической коррекции психического и физического состояния больного, включающего четыре последовательных этапа:
  - первый контакт с пациентом,
  - период адаптации к препаратам и увеличения их доз,

- период терапевтического плато,
- отмена препаратов.

Отмечено, что выбор метода психокорректирующей терапии, а в случае необходимости психофармакотерапии с подбором доз препаратов диктуется именно степенью выраженности психических расстройств [3,6]. Так, предложенные к использованию психотропные препараты (сонопакс, тизерцин, амитриптилин, реланиум, этаперазин, феназепам), помимо психотропного воздействия, оказывают антигистаминный и антисеротониновый эффекты [3,6,10].

Патогенетические подходы к лечению больных с учетом соматотипа пациента и психо-вегето-иммунных соотношений, нашли отражение в ряде работ отечественных и зарубежных исследователей [13,14,19], однако до настоящего времени недостаточно используются в дерматологии, что, возможно, обусловлено, отсутствием должной преемственности между специалистами разного клинического профиля: дерматологами, психиатрами и/или психоневрологами, медицинскими психологами. До настоящего времени не изучены особенности течения АД при различных соматотипах больных, не разработаны практические подходы к индивидуализации их лечения и психологическому сопровождению. В то же время формирование терапевтического альянса между клиницистом и пациентом, нормализация психоэмоциональных нарушений и коррекция генетически детерминированного и приобретенного психовегетативного статуса могут существенно повысить эффективность лечения больных АД.

Таким образом, индивидуализация лечебно-реабилитационных программ ведения больных АД с учетом соматотипов и психо-вегето-иммунных нарушений является важной проблемой не только лечения, но и первичной, вторичной и третичной профилактики заболевания, позволяющая предупредить инвалидизацию больных, сохранить трудоспособность и качество их жизни.

### Список литературы

1. Адашкевич, В. П. Психологическое сопровождение пациента в дерматологии (некоторые советы психолога) [Текст] / В.П. Адашкевич, В.П. Дуброва // Рос. журн. кожн. и венер. болезней. – 2003. № 1. – С. 51 – 56.
2. Атопический дерматит: Руководство для врачей. 2 – е изд., перераб. / Под ред. проф. Т. В. Проценко. – Донецк: Східний видавничий дім, 2003. – 128 с.
3. Диагностика и лечение атопического дерматита у детей и взрослых. Европейская академия алергологии и клинической иммунологии, Американская академия аллергии, астмы и иммунологии [Текст]: / А.Г. Чучалин [и др.] // Алергология. – 2006. - № 4. – С.3-11.
4. Иванова, И. Н. Психосоматическое состояние больных красным плоским лишаем [Текст] /И.Н. Иванова, Р. А., Мансурова // Вестн. дерматол. и венерол. – 2003. №5. – С. 28 – 30.
5. Игнатенко, Г.А. Гендерные особенности соматизации и тревожности у лиц молодого возраста с расстройствами адаптации, имеющих опыт употребления психоактивных веществ [Текст]/ Г.А. Игнатенко, Е.В. Киосева, И.И. Пацкань // Университетская клиника. – 2021. - №2 (39). – С. 69 – 75.
6. Клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом. Российское общество дерматовенерологов и косметологов [Текст]. - М., 2017. - 42 с. - (<http://www.cnikvi.ru/docs>).
7. Короткий, Н. Г. Нарушения психоэмоциональной сферы у детей, страдающих гнездной алопецией [Текст]/ Н.Г. Короткий, Н. М. Шарова, Г. А. Аветисян // Рос. журн. кож. и венер. болезней. – 2002. № 5. – С. 92 – 94.
8. Крылов, В. И. Психологические и психосоматические аспекты ожирения [Текст]/ В. И. Крылов, Е.В. Воронова // Новые СПб врачей. ведомости. – 2002. № 2. – С. 59 – 63.
9. Михайлова, Э. А. Неврологические и психические расстройства у детей, больных сахарным диабетом. 2. Принципы и методы лечения, психосоциальная реабилитация [Текст]/ Э.А. Михайлова // Междунар. мед. журн. – 2004. № 2. – С. 34 – 41.
10. Папий, Н. А. Кожные заболевания: психодиагностика и психокоррекция [Текст] /Н.А. Папий. - Полымя, 2003. – 176 с.
11. Петрова, Н. Н. Личностно – психологические особенности пациентов с осложненными формами язвенной болезни двенадцатиперстной кишки [Текст] /Н.Н. Петрова, И.П. Мавиди, А.С. Петров // Клин. медицина. – 2005. № 6. – С. 58 – 61.
12. Плотникова, Е. Ю. Психовегетативные особенности у больных с дискинезией желчевыводящих путей [Текст] /Е.Ю. Плотникова, Э.И. Белобородова // Клин. медицина. – 2003. № 8. – С. 48 – 52.
13. Проценко, О. А. Психовегетативные и соматические расстройства у пациентов с аллергодерматозами, проживающими в зоне боевых действий [Текст] /О.А. Проценко, А.С. Горбенко // Журнал психиатрии и медицинской психологии. – 2016. № 2(36). – С. 47 – 49.
14. Психодерматология: история, проблемы, перспективы [Текст] /О.А. Иванов [и др.] // Рос. журн. кож. и венер. болезней. – 1999. № 1. – С. 28 – 37.
15. Психосоматические аспекты заболеваний желудочно – кишечного тракта [Текст] / И. В. Маев [и др.] // Клин. медицина. – 2002. № 11. – С. 8 – 13.
16. Психоэмоциональные расстройства у пациентов, страдающих акне [Текст]/ С. А. Монахов [и др.] // Рос. журн. кож. и венер. болезней. – 2003. № 4. – С. 45 – 51.
17. Ребров, А. П. Особенности психики больных бронхиальной астмой [Текст]/ А.П. Ребров, Н.А. Кароли // Рос. мед. журн. – 2003. № 1. – С. 23 – 26.
18. Сидоров, П. И. Психологические особенности больных псориазом [Текст]/ А.П. Сидоров, М.Н. Панков, Р.А. Файзулин // Вестн. дерматол. и венерол. – 1999. № 6. – С. 31 – 34.
19. Юсупова, Л. А. Диагностика и комплексная терапия атопического дерматита у больных с психическими расстройствами [Текст]/Л.А. Юсупова // Вестн. Последиплом. мед. образования. – 2003. № 2. – С. 11 – 14.

*Milus I.E.*

**PSYCHOSOMATIC DISORDERS IN PATIENTS WITH ATOPIC  
DERMATITIS AND JUSTIFICATION OF PSYCHOSOMATIC THERAPY**

*Republican Clinical Dermatovenerological Center of the Ministry of Health of the DPR,  
State Educational Organization of Higher Professional Education  
«Donetsk National Medical University M. Gorky»*

**Summary**

The psychosomatic concept of development is considered atopic dermatitis and the formation of its main clinical manifestations. The necessity is substantiated and the features are discussed psychocorrective treatment in the staged management of patients.

**Key words:** *atopic dermatitis, psychosomatic disorders, psychocorrective therapy.*

**Авторская справка**

Милус И.Е.

к.мед.н., главный врач РКДВЦ МЗ ДНР, доцент кафедры дерматовенерологии  
ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, тел.: +7380713040589

*Подолька В.Л., Беседина Е.И., Жидких Т.Н., Бублик Я.В.*

## **ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ COVID-19 В НАШЕМ РЕГИОНЕ И НЕКОТОРЫХ СТРАНАХ ЗА ПЕРИОД 2020-2021 ГГ.**

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

### **Резюме**

Представлены результаты анализа работы лечебно-профилактических учреждений г. Донецка в период пандемии COVID-19 за 2020-2021 гг. Приведены документы Министерства Здравоохранения Донецкой Народной Республики, внутренние документы больницы, которые определяли действия медицинских работников по оказанию медицинской помощи больным COVID-19. Анализ статистических данных по заболеваемости, летальности, обеспечению кадрами, койками, финансированию в указанный период и краткий сравнительный обзор организации борьбы и тактики медицинской помощи больным с COVID-19 в России, Китае, Канаде и Германии позволили выявить некоторые отличительные черты организации медицинской помощи больным с COVID-19 в нашем регионе.

**Ключевые слова:** COVID-19, приказы, заболеваемость, организация помощи.

---

Новая коронавирусная инфекция затронула в разной степени организационные аспекты всех отраслей мировой экономики, особенно это коснулось организации медицинской помощи населению различных стран, в том числе и нашего региона. Скорость и масштаб распространения потребовали от лечебно-профилактических учреждений активной разработки и принятия управленческих решений, направленных на организацию оказания помощи населению и способствующих сдерживанию распространения данного опасного вирусного заболевания. В современных условиях здравоохранение республики находится на переходном этапе, происходит адаптация к новым условиям деятельности. В этой связи, особую актуальность приобретает изучение опыта организации медицинской помощи больным COVID-19 в различных странах с целью использования рациональной полезной информации в нашем регионе.

**Цель работы:** изучить и проанализировать опыт организации борьбы и особенности оказания медицинской помощи больным COVID-19 в некоторых странах и нашем регионе.

### **Материалы и методы**

Использовалась внутренняя и внешняя документация лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) г. Донецка, приказы Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (МЗ ДНР), статьи и другие доступные материалы об организации медицинской помощи больным COVID-19 в России, Китае, Канаде, Германии в период 2020-2021 гг.

### **Результаты и их обсуждение**

Объективные данные свидетельствуют, что пандемия коронавируса, начавшаяся в конце 2019 года в Китае и затем охватив-

шая весь мир, бросила вызов привычным подходам к управлению персоналом во всех организациях, но особенно в медицинских. С трудностями при выполнении своих повседневных обязанностей столкнулись все, начиная от сотрудников, занятых на административных постах, и заканчивая теми, кто непосредственно обеспечивает процесс лечения пациентов, то есть врачами, медсестрами, санитарями, водителями скорой и т.д. Как показал опыт медицинских организаций, сумевших наиболее эффективно реорганизовать работу своих сотрудников в течение последнего года, и первая, и вторая категории занятых в экстренных ситуациях, нуждаются в специфических управленческих решениях.

Тем, кто был вовлечен в процесс лечения пациентов, необходимо было обеспечить скорейшее и наиболее полное знакомство с протоколами оказания медицинской помощи пациентам с COVID-19. Многие из тех, кто обеспечивал работу «ковидных» госпиталей и принимал таких пациентов в амбулаторном звене, не являлись инфекционными врачами и до начала эпидемии работали с другими типами пациентов. Им необходимо было перестроиться на новую реальность, в которой каждый попавший в госпиталь и пришедший к ним на прием является потенциальным источником инфекции.

По нашему мнению, эффективная работа в стрессовой ситуации зависит не только от наличия навыков, но и от умения справляться со стрессом. Поэтому в период эпидемии оказались крайне востребованы линии психологической поддержки для врачей, медсестер и др. работников госпиталей и клиник. Ряд больниц, например, городская клиническая больница № 40 в Коммунарке, НИИ им. Н.В. Склифосовского дополнительно организовывали у себя специальные комнаты отдыха для сотрудников, чтобы они могли сделать перерыв в работе.

Необходимо отметить, что сложности коллектива становятся сложностями и руководства: кроме волнения за себя и близких у менеджмента проявляется и

переживание за будущее команды и организации. Чтобы поддержать команду, снизить уровень тревожности, необходимо выстраивать регулярную коммуникацию, открыто говорить обо всех изменениях и нововведениях [3].

В Китае первый этап мер по предотвращению и контролю над эпидемией COVID-19 заключался в своевременной информации ВОЗ 9 января 2020 года о кластерах пневмонии.

Предварительная идентификация нового вируса за короткий промежуток времени является заметным достижением и демонстрирует высокий потенциал Китая в борьбе с распространением эпидемии COVID-19.

Вторым этапом, по инициативе Китая, 20 января 2020 года новая коронавирусная инфекция была включена в обязательный отчет об инфекционных заболеваниях класса В и карантинных инфекционных заболеваниях пограничного уровня, в результате чего COVID-19 начал подвергаться мониторингу и карантину на транспортных узлах [7].

Во время эпидемии COVID-19 в Китайской Народной Республике (КНР) было чрезвычайно важно и необходимо добровольное и одновременное соблюдение гражданами правительственных мер по нераспространению вируса, таких как социальное дистанцирование, пребывание дома, частое мытье рук и т.д.

Особым направлением деятельности правительства Канады в борьбе с пандемией является разработка мер поддержки национальных медицинских исследовательских программ по борьбе с COVID-19, которые, как ожидается, будут доступны исследователям в сфере медицины по всему миру. Выделяется более 1 млрд долл. на изучение вируса (его штаммов), разработку вакцины (доклинических и клинических испытаний), создание инновационных методов лечения (в т.ч. оценка потенциального иммунитета), развитие инфраструктуры, необходимой для борьбы с новым коронавирусом [8].



В Германии 1-я волна эпидемии характеризовалась нехваткой материальных ресурсов, а 2-я – страхом медперсонала заразиться опасным вирусом от пациентов и дебатами о вакцинации. Затем к ним прибавились еще хроническая усталость, ухудшение здоровья самих медсестер и медбратьев [1]. Германия находится на 8 месте среди пострадавших от COVID-19 стран. Но смертность (соотношение количества жертв и общей численности населения) здесь в несколько раз ниже, чем во многих странах Западной Европы: 100 человек на миллион жителей (к примеру, в Испании – 615, в Бельгии – 804). Показатель летальности в Германии (количество жертв по отношению к числу заболевших COVID-19) тоже ниже, чем во многих странах, хотя и не настолько радикально (4,6%). Это связано с несколькими факторами [9]. 1) Изначально высокий потенциал системы здравоохранения. В Германии обеспечено большое число мест в палатах интенсивной терапии (она занимала по этому показателю второе место в мире еще в 2016 году), достаточно медперсонала (третье место в мире). 2) Германия обладает большим потенциалом по производству медоборудования и препаратов внутри страны. По разным данным, расходы Германии на здравоохранение в 2019 году составили от 7% до 11% от ВВП, а уже в рамках антикризисных мер поддержки больницы получили финансирование в размере более 3 млрд евро. 3) Система здравоохранения была заблаговременно подготовлена к наплыву пациентов. Больницы высвободили дополнительные места для приема инфицированных, составили экстренные графики работы и дежурств врачей и медперсонала, обеспечили запасы становившихся дефицитными масок, защитных костюмов и медикаментов. 16.03.2020 г. был принят закон, направленный на то, чтобы освободить места для больных COVID-19: плановые операции были на время отложены; региональные и местные органы власти получили право разворачивать больницы для пациентов, не страдающих COVID-19, в гостиницах и спортзалах.

Но в этом не возникло необходимости. 4) Германия была заранее подготовлена к массовому тестированию. Еще в январе 2020 года лаборатория TIB Molbiol Syntheselabor и берлинская клиника Charite совместно стали выпускать тест на коронавирус и разместили его формулу в Интернете [2,9].

Более полный анализ организации и тактики борьбы с вирусной инфекцией COVID-19 нами проведен на примере госпитальной базы Центральной городской клинической больницы №1 г. Донецка (ЦГКБ №1 г. Донецка) в период 2020–2021 гг.

Работа медицинского персонала ЦГКБ №1 г. Донецка, направленная на борьбу с распространением вирусных заболеваний, началась с февраля 2020 года. Работа госпитальной базы осуществлялась согласно приказов МЗ ДНР и приказов главного врача ЦГКБ №1 города Донецка.

С целью обеспечения своевременного и качественного оказания медицинской помощи населению в условиях распространения вирусных заболеваний, согласно приказа МЗ ДНР от 19.02.2020 № 332 «О временном порядке госпитализации больных, нуждающихся в лечении в отделении интенсивной терапии» [4], приказа по больнице от 19.02.2020 № 93 «Об оказании медицинской помощи больным ОРВИ, гриппом, пневмонией в эпидпериод по ЦГКБ №1» [4], работа инфекционных отделений и городского отделения интенсивной терапии была направлена на госпитализацию больных гриппом, пневмонией, острыми респираторными вирусными инфекциями.

Во исполнение Указа Главы ДНР от 14.03.2020 №57 «О введении режима повышенной готовности» [10], согласно Приказа МЗ ДНР от 23.03.2020 №557 «О мерах по недопущению распространения инфекции, вызванной коронавирусом SARS-coV-2, на территории Донецкой Народной Республики» [5], ЦГКБ №1 г. Донецка была включена в Перечень учреждений здравоохранения, определенных в качестве госпитальных баз для госпитализации пациентов с COVID-19 (подозрением на COVID-19), а также лиц,

находившихся в контакте с инфицированными коронавирусом SARS-coV-2. В связи с этим была прекращена госпитализация пациентов в специализированные стационарные отделения по профилю заболеваний, отменена плановая госпитализация и хирургическая деятельность. В течение 2021 года, в связи с изменяющейся эпидемиологической ситуацией, приказами МЗ ДНР вносились изменения в выделенный под госпитальную базу коечный фонд. Таким образом, под госпитальную базу были организованы все профильные стационарные отделения, в т.ч. детское инфекционное отделение, за исключением стоматологических отделений, а также городское отделение интенсивной терапии для взрослых и отделения интенсивной терапии с инфекционной патологией для взрослых и детей.

Выше перечисленными приказами ЦГКБ №1, в связи с организацией работы госпитальной базы в стационарных отделениях, предусматривалось обеспечение отделений кислородом, обеспечение неснижаемого запаса лекарственных средств, изделий медицинского назначения, средств индивидуальной защиты, дезинфицирующих средств, иных товарно-материальных ценностей для проведения лечебно-диагностических и профилактических мероприятий. Установлен усиленный контроль за соблюдением санитарно-гигиенического, противоэпидемического режима и трудовой дисциплины. Были назначены ответственные лица. Укомплектованность штата по госпитальной базе составила: врачебными должностями – 78,3%, что на 1,6% выше, чем на начало пандемии (76,7%); медицинскими сестрами – 69,5%, рост на 1,0% (против 67,5%); младшего медицинского персонала – 77%, рост на 3,7% (против 73,3%).

В связи с развертыванием госпитальной базы на основе имеющихся учреждений, изменений в штатном расписании не производилось. Специалисты профильных отделений продолжали работать в соответствующих стационарных отделениях, развернутых под госпитальную базу по лече-

нию COVID-19. Сотрудники кафедр ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (анестезиологии и неонатологии, инфекционных болезней, инфекционных детских болезней, общей практики семейной медицины и др.) обеспечивали консультациями медицинских специалистов больницы.

За период времени с начала пандемии переболело 284 сотрудника ЦГКБ №1, в т.ч. врачей – 77 чел., медицинских сестер – 102 чел., санитарок – 71 чел., прочего персонала – 34 чел. Вакцинацию и ревакцинацию прошли 547 сотрудников ЦГКБ №1. В амбулаториях №1, №5, № 4, Центра первичной медико-санитарной помощи (ЦПМСП) №2 и ЦПМСП №13 проводится активная прививочная работа.

За период пандемии из числа беременных женщин, состоящих на учете в женской консультации ЦГКБ №1, перенесли COVID-19 12 женщин, из них в 10-ти случаях беременность закончилась родами: у 4 – роды срочные нормальные, у 5 – патологические роды (кесарево сечение по акушерским показаниям); у 1 – самоаборт в сроке 15 недель. Осложнений, связанных с заболеванием COVID-19, не было.

Пик госпитализации в 2020 году зарегистрирован в апреле – 555 (16%) чел., в октябре 2020 года – 482 (14%) чел., в декабре 2020 года – 340 (10%) чел. В 2021 году наибольший уровень госпитализации зафиксирован в сентябре – 761 (14,9%), в октябре – 700 (13,7%) чел., в августе – 647 (12,6%). За весь период в госпитальной базе пролечено и выписано 5838 пациентов, из них основной (первый) диагноз COVID-19 установлен у 4781 (81,9%) пациента, в т.ч. лабораторно подтвержден у 3864 чел., по клинико-эпидемиологическим показаниям – у 917 чел.

В госпитальной базе зарегистрировано 1422 летальных случая, в т.ч. в 2020 году 301 случай, в 2021 году их количество увеличилось в 3,7 раза – 1121 случай, из них летальных случаев от COVID-19, соответственно, 228 случаев в 2020 г. (75,7% от общего числа летальных случаев) и 964 случая – в 2021 г. (86,0%). На протяжении всей пандемии ле-

тальность среди женщин ниже, чем среди мужчин; среднее соотношение составляет 48,4% и 51,6% (688 женщины, 734 мужчин). Показатель больничной летальности по госпитальной базе вырос с 14,4% в 2020 году до 21,7% в 2021 году, и за весь период составил 19,6%. Показатель летальности от COVID-19 вырос с 15,1% в 2020 году до 21,6% в 2021 году и за весь период составил 24,9%. В общей летальности значительный удельный вес составляет досуточная летальность (с 8,8% до 15,1%).

Позднее обращение больных за медицинской помощью, поздняя доставка в тяжелом и крайне тяжелом состоянии, значительный удельный вес досуточной летальности, большое количество больных пожилого возраста с множеством сопутствующих заболеваний, пролонгированный догоспитальный период лечения являются основными причинами роста больничной летальности.

Согласно Приказа МЗ ДНР от №2565 «Об организации иммунологического обследования с использованием Тестов COVID-19 ECOTECT™» [6], было организовано иммунологическое обследование пациентов, получающих стационар-

ную медицинскую помощь в госпитальной базе, с использованием тестов COVID-19 ECOTECT. Всего проведено 3254 иммунологических исследований, в т.ч. в 2871 случаях подтвержден диагноз COVID-19. Эпидемия COVID-19 дала невероятный толчок для развития медицинских организаций: появилась возможность оценить сотрудников, быстро учиться новому, внедрять технологии и решения, которые способствовали повышению эффективности работы. Большое значение имеет совместная своевременная работа руководителей всех уровней с исполнителями и общественностью для преодоления коронавирусной пандемии, обеспечение оперативного взаимодействия межведомственных структур; совершенствованию методов диагностики, разработке этиотропной терапии и профилактики COVID-19.

Таким образом, приведенный анализ организации медицинской помощи больным с COVID-19 в некоторых странах и нашем регионе позволяет положительно оценить опыт работы государственных программ, медицинских учреждений и общества в целом в борьбе с пандемией COVID-19.

## Список литературы

1. Вайц, В. Откровения медперсонала: как работают в немецких больницах в пандемию [Текст] /В. Вайц // Deutsche Welle <https://www.dw.com/ru/rabota-v-pandemiju-otkrovenija-nemezkogo-medpersonal/a-57189421>
2. Игнатенко, Г.А. Медиа в условиях государственной самоидентификации ДНР и пандемия COVID-19: медицинский аспект [Текст] /Г.А. Игнатенко, С.В. Карпий // Университетская клиника. – 2021. - №4 (41). – С. 5-9.
3. Камашева, А. Как пандемия становится стимулом для новых идей и подходов [Текст] /А.Камашева //Коммерсантъ Kommersant > pandemic > mnc-2 <https://special>.
4. Приказ МЗ ДНР №332 от 19.02.2020 «О временном порядке госпитализации больных, нуждающихся в лечении в отделении интенсивной терапии» [Текст]// <https://mzdnr.ru>
5. Приказ МЗ ДНР №557 от 23.03.2020 «О мерах по недопущению распространения инфекции, вызванной коронавирусом SARS-coV-2, на территории Донецкой Народной Республики» [Текст]// <https://mzdnr.ru>
6. Приказ МЗ ДНР №2565 от 28.10.2020 «Об организации иммунологического обследования с использованием Тестов COVID-19 ECOTECT» [Текст]// <https://mzdnr.ru>
7. Семенов, А.В. Рожденная в Ухане: уроки эпидемии COVID-19 в Китае [Текст]/А.В. Семенов, Н.Ю. Пшеничная//Инфекция и иммунитет. – 2020. - Т. 10, №2. - С.210-220.
8. Солянова, М.В. Многосторонний ответ Канады на пандемию COVID-19 [Текст]/М.В.Солянова// ИМЭМО РАН, 24.04.2020, <https://www.imemo.ru/news/events/text/mnogost>.
9. Страновой обзор: Опыт Германии в борьбе с Covid-19. Департамент международного и регионального сотрудничества СП РФ, 2020. – С. 12-17.
10. Указ Главы ДНР №57 от 14.03.2020 «О введении режима повышенной готовности» [Текст]// <https://dnronline.su/akty-glavy-respubliki-dnr-2>

*Podolyaka V.L., Besedina E.I., Gidkih T.N., Bublik Ya.V.*

### EXPERIENCE IN ORGANIZING MEDICAL CARE FOR COVID-19 PATIENTS IN OUR REGION AND SOME COUNTRIES FOR THE PERIOD 2020-2021

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

#### **Summary**

The results of the analysis of the work of medical and preventive Institutions of the city of Donetsk during the Covid-19 pandemic for 2020-2021. The names of the documents used by the Ministry of Health are indicated Donetsk People's Republic, internal documents of the hospital, which determined the actions of medical workers to provide Medical care for Covid-19 patients. Here are statistical data on Morbidity, mortality, in hospital, provision of personnel, beds, financing during this period and a brief comparative overview. Organization of wrestling and tactics of medical care for patients with Covid-19 in Russia, China, Canada and Germany allowed to summarize the experience of the organization Medical care for patients with Covid-19 for the period 2020-2021. Given the analysis revealed some distinctive features of the organization of medical Assistance to patients with Covid-19 in our region.

**Key words:** *Covid-19, documents, orders, epidemic.*

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

- |               |  |
|---------------|--|
| Подолька Е.Л. | д.мед.н., профессор кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО<br>ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО, тел.: +380713203772<br>(концепция и дизайн исследования)        |
| Беседина Е.И. | к.мед.н., доц., зав. кафедрой организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ФИПО ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО<br>(научное редактирование статьи)                              |
| Жидких Т.Н.   | к.м.н., доц., доцент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО<br>(обзор литературных данных, написание текста статьи)               |
| Бублик Л.В.   | к.м.н., доц., доцент кафедры организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО<br>(анализ статистических данных и анализ обзора литературных данных) |

УДК 613.9-007.71-055.2-053.7

Власова В.Н.<sup>1</sup>, Волошин Р.Н.<sup>1</sup> Проценко Т.В.<sup>2</sup>, Снитко А.В.<sup>1</sup>, Власов С.Н.<sup>2</sup>

## ЭСТЕТИЧЕСКОЕ ЗДОРОВЬЕ И ФОРМИРОВАНИЕ ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РЕАКЦИЙ ЗДОРОВОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ У СТУДЕНТОВ МЕДИКОВ

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ,

<sup>2</sup> Государственная образовательная организация  
высшего профессионального образования

«Донецкий национальный медицинский университет имени М.Горького»

### Резюме

Авторы статьи обращаются к формированию поведенческих реакций и здорового образа жизни у студентов медицинских вузов. В результате проведенного анализа сделаны выводы: умственная и психоэмоциональная нагрузка студентов медиков высока, что может приводить к различного рода стрессам, вызывать проблемы со сном, состоянием кожи и других органов, влиять на ухудшение зрения. Большая учебная нагрузка подталкивает студентов к пассивному отдыху в виде компьютерных игр и переписок в социальных сетях. Несмотря на существующие проблемы, университет способствует формированию здорового образа жизни студентов, организуя медицинские осмотры и реализуя программы оздоровления посредством работы спортивных клубов с различными физкультурными секциями.

**Ключевые слова.** Эстетическое здоровье, поведенческие реакции, здоровый образ жизни, студенты медицинских учреждений.

---

В ценностной иерархии современного человека здоровье выступает одной из базовых ценностей. Благоприятное психическое, духовное, физическое состояние здоровья позволяет человеку формировать успешные жизненные стратегии, а также бороться с трудными жизненными ситуациями и трудными перегрузками [1-6].

Ценность здоровья для человека подчеркивается в рамках эмпирических замеров социологических исследований. Исследования проекта ЗОЗ.ФОМ, проводимые в 2019 году, показали, что 2/3 российских граждан проходят диспансеризацию 1 раз в два/три года, 47% россиян занимаются физкультурой (в т.ч. делают зарядку) и спортом, 49% – правильно питаются [2]. Из представленных эмпирических данных видно, что большая часть населения России стара-

ется осознано относиться к своему здоровью и стремится вести здоровый образ жизни.

Здоровье одного человека – это здоровье нации, которое влияет на способность эффективного функционирования общественной системы. В связи с этим активный интерес к вопросам здоровья проявляют исследователи-представители различных научных направлений. Когнитивный интерес исследователей направлен на изучение динамики здоровья населения, также активно рассматриваются причины ухудшения здоровья россиян [3,4]. Особую значимость исследователи придают изучению социального здоровья студенческой молодежи [5]. В связи с изменяющейся реальностью из-за пандемии коронавируса ученые активно обращаются к изучению представлений о здоровье среди молодежи [6]. Часто интерес ис-

следователей в рамках данного проблемного поля исследования обращен к вопросам ценностного отношения студентов-медиков к здоровью [7].

Анализ научных источников по проблеме исследования показывает, что актуальность изучения вопросов здоровья и здорового образа жизни, особенно среди студенческой молодежи, в настоящее время имеет огромную научную и практическую значимость. Несмотря на большое количество вопросов, проработанных в рамках выбранного проблемного поля исследования, вопрос формирования поведенческих реакций и здорового образа жизни у студентов-медиков требует более глубокой рефлексии, что и выступило целью данной работы.

Исследователи, которые занимаются проблемами здоровья населения, отмечают, что снижение уровня здоровья населения и негативные тенденции нездорового образа жизни связаны с социальными установками и поведенческими реакциями человека на вызовы социальной реальности [8]. Современная молодежь особо остро реагирует на внешние риски и вызовы, поэтому очень важно понимать, как формируются ее поведенческие реакции и выстраивается образ жизни в современных реалиях.

Поскольку в рамках данной работы мы обращаемся именно к студентам медицинских учреждений, то отметим, что получение медицинского образования в вузе является трудоемким процессом, который требует усидчивости, большого количества энергии и сил со стороны студентов. Особенно тяжелым является процесс адаптации студентов к новым условиям обучения. В связи с этим, именно студенты первых курсов испытывают гиподинамию, дефицит свободного времени, высокую психоэмоциональную нагрузку. Среди студентов у многих существуют хронические заболевания, которые с увеличением умственных и психоэмоциональных нагрузок обостряются. Большой объем получаемого теоретического материала и подготовка к практическим занятиям вызывают у многих обучаю-

щихся недосыпы, а также сбивает ритм сна [6,9,11]. Естественно, короткая продолжительность сна влияют на общее состояние организма, делают его слабее и восприимчивее. Отметим, что многие студенты, пытаясь поддержать свой организм без сна, при долгих физических нагрузках, употребляют энергетические напитки, что также сказывается на их здоровье, в т.ч. на эстетических составляющих (коже лица, состоянии волос и др.). Часто из-за нехватки времени на подготовку к занятиям и перегрузку студенты испытывают стресс, что в некоторых случаях может стать предвестником депрессий, с дальнейшим развитием той или иной патологии, первой из которых часто являются эстетические проблемы кожи и волос.

Помимо сокращения сна, новые условия жизни, часто переезд в другой город для получения образования, смена обстановки, нехватка времени для самостоятельного приготовления пищи вынуждают студентов питаться в кафе быстрого питания, прибегать к продуктам, которые не являются полезными. Нехватка времени подталкивает обучающихся к пропускам приемов пищи, что в свою очередь ведет к различным пищевым расстройствам, патологии кожи [10]. Отмечают, что молодые девушки, наоборот, преднамеренно стремятся сесть на диету, для того, чтобы поддерживать красивую фигуру, но не все диеты благоприятно отражаются на здоровье, вызывая анорексию, недостаток массы тела, проблемы с кожей лица, волосами, ногтями. Нехватка веса у девушек может отразиться на репродуктивном здоровье. Несбалансированное питание, диеты и нерегулярные приемы пищи часто приводят к возникновению у студентов заболеваний кожи (угревая сыпь, выпадение волос и др.).

Большие умственные нагрузки подталкивают студентов-медиков выбирать пассивный отдых, который часто связан с работой за компьютером (онлайн-игры, просмотр фильмов, чтение книг, общение в социальных сетях). Проведение свободного времени в интернете – это большая проблема современной молодежи [11].

Нельзя не согласиться с высказыванием Ю.А. Зубок и Н.В. Проказиной, которые утверждали, что: «Существуют устойчивые связи между самооценкой здоровья и ведущими факторами заботы о нем. Согласно данным ВОЗ, состояние здоровья человека от 50% до 70% определяется образом его жизни. Габитус активности во многом предопределяет то, как будут реализоваться практики самосохранительного поведения» [6].

Условия обучения и подготовки к занятиям у студентов медиков, как мы видим, вынуждают некоторых обучающихся выбирать не совсем здоровые пути решения сложившейся ситуации, но тем не менее многие стремятся следить за своим здоровьем – проходят регулярные медицинские осмотры, которые специально организовываются студенческими поликлиниками, так как в силу своей будущей профессии понимают целесообразность профилактических осмотров и роль узких специалистов в предупредительной медицине.

Следить за своим здоровьем студентам медикам помогают не только медицинские осмотры, но и отказ от вредных привычек. Хотя немногие из студентов готовы полностью отказаться от алкогольных напитков и табачных изделий [8,11].

Несмотря на то, что многие обучающиеся медицинских учреждений стремятся проводить свой досуг пассивно, есть та часть студентов, которая понимает благотворное

влияние активного отдыха и занятий спортом. В настоящее время в рамках медицинских вузов действуют студенческие спортивные клубы, которые позволяют студентам заниматься различными видами спорта, укрепляя свою физическую подготовку, не тратя при этом дополнительные материальные средства.

Проанализированный нами ранее материал (результаты анкетирования закрытого типа 811 человек, в т.ч. 592 студента медицинских вузов, 71 студента медицинских училищ, 148 школьников) показал, что тема здоровья и здорового образа жизни для студентов медицинских учреждений является социально значимой. На основе проанализированных наших данных и литературных источников можно сделать вывод, что умственная и психоэмоциональная нагрузка студентов медиков высока, что приводит к различного рода стрессам и служит риском развития соматической и кожной патологии, широкого спектра эстетических проблем. Отмечено, что большая учебная нагрузка подталкивает студентов к пассивному отдыху в виде компьютерных игр и переписок в социальных сетях.

Таким образом, несмотря на существующие проблемы, университет способствует формированию здорового образа жизни студентов, организуя медицинские смотры и реализуя программы оздоровления посредством работы спортивных клубов с различными физкультурными секциями.

## Список литературы

1. Бобровский, И.Н. Ценностное отношение к здоровью студентов медицинского вуза [Текст] / И.Н. Бобровский, Т. В. Варфоломеева // МНИЖ. – 2020. – №12-2 (102). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/tsennostnoe-otnoshenie-k-zdorovyu-studentov-meditsinskogo-vuza>.
2. Бодрягина, Е.С. Канцеропревенция заболеваний желудочно-кишечного тракта - онкологическая настороженность врачей и студентов Казанского медицинского университета [Текст] / Е.С. Бодрягина [и др.] // ПМ. – 2016. – №4(96). URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/kantseropreventsia-zabolevaniy-zheludochno-kishechnogo-trakta-onkologicheskaya-nastorozhennost-vrachey-i-studentov-kazanskogo>.
3. Гафиатулина, Н.Х. Здоровье как ценность в среде учащейся молодежи [Текст] / Н.Х. Гафиатулина: Монография. Ростов-на-Дону: РАС ЮРГУЭС, – 2009. – 166 с.
4. Гафиатулина, Н.Х. Социальное здоровье студенческой молодежи с позиций концепции адаптации и адаптационных ресурсов [Текст] / Н.Х.

- Гафиатулина, А.М. Шевченко, С.И. Самыгин // Гуманитарные, социально-экономические и общественные науки. – 2019. – № 8. – С. 30-33.
5. Журавлёва, И.В. Почему не улучшается здоровье россиян? [Текст] / И.В., Журавлёва // Вестник Института социологии. – 2013. – № 6. – С. 163–176.
6. Забота о Здоровье – базовое исследование. URL: <https://zoz.fom.ru/post/zabota-o-zdorove-bazovoe-issledovanie> (Дата обращения 1.10. 2021 г.).
7. Зубок, Ю. А. Отношение молодежи к здоровью: региональный аспект [Текст] / Ю. А. Зубок, Н. В. Проказина // Социально-демографический потенциал российской молодёжи: Материалы Всероссийской научно-практической конференции, Ялта, 22–24 апреля 2021 года. – Ялта: Федеральный научно-исследовательский социологический центр Российской академии наук. – 2021. – С. 83-88.
8. Игнатенко, Г.А. Механизмы анорексигенного у студенческой молодежи с нарушениями и расстройствами адаптации [Текст] / Г.А. Игнатенко, И.И. Пацкань // Университетская клиника. – 2021. – №4 (41). – С.20-24.
9. Козин, А.М. Интерпретация системообразующих детерминант в здоровьесберегающем образовательном пространстве [Текст] / А.М. Козин // Вестник ЮУрГУ. Серия: Образование. Педагогические науки. – 2009. – С.58-65.
10. Миронов, С.В. Состояние здоровья Российских и иностранных студентов медицинского вуза и пути улучшения их медицинского обслуживания [Текст] / С.В. Миронов: автореф. дис .... канд. мед. наук. - М., 2014. – 25 с.
11. Проценко, Т.В. Поведенческие реакции и проблема формирования ценности здорового образа жизни в молодежной студенческой среде [Текст] / Т.В. Проценко [и др.]// Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения»: материалы V междисциплинарного Anti-age симпозиума с международным участием. – 2021. – № 1(31). – С. 63.

Vlasova V.N.<sup>1</sup>, Voloshin R.N.<sup>1</sup>, Protsenko T.V.<sup>2</sup>, Snitko A.V.<sup>1</sup>, Vlasov S.N.<sup>1</sup>

### AESTHETIC HEALTHY, FORMATION OF BEHAVIORAL REACTIONS AND HEALTHY LIFESTYLE AMONG MEDICAL STUDENTS

<sup>1</sup> FGBOU VO «Rostov State Medical University», RF,

<sup>2</sup> State Educational Organization of Higher Professional Education «Donetsk National Medical University M. Gorky»

#### Summary

Despite the fact that modern youth considers health a value, there are certain issues related to the formation of a healthy lifestyle among young people. Within the framework of this work, the authors consider medical students as an object of research. Authors of the article refer to the formation of behavioral reactions and a healthy lifestyle among medical students. As a result of the analysis, authors come to the following conclusions: the mental and psycho-emotional load of medical students is high, which can lead to various kinds of stress, cause problems with sleep, gastrointestinal tract, and affect the deterioration of vision. A large study load pushes students to passive rest in the form of computer games and correspondence on social networks. Despite the existing problems, the university contributes to the formation of a healthy lifestyle for students by organizing medical examinations and implementing health improvement programs through the work of sports clubs with various physical culture sections.

**Key words:** *aesthetic healthy, behavioral reactions, healthy lifestyle, students of medical institutions.*



### Авторская справка и долевое участие

- Власова В.Н. д. филос. н., к.пед.н., доцент, заведующая кафедрой педагогики ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ; e-mail: oip08@mail.ru; тел.: +789185298111 (научное редактирование статьи)
- Волошин Р.Н. д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ; e-mail: ruvoloshin@yandex.ru; тел.: +79287601438 (обзор публикаций по теме статьи)
- Проценко Т.В. д.м.н., проф., профессор кафедры дерматовенерологии ГОО ВПО «Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького» e-mail: protsenkotv2005@gmail.com (разработка дизайна исследования)
- Снитко А.В. врач-ординатор кафедры дерматовенерологии ФПК и ППС ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ; e-mail: 4496374@gmail.com; тел.: +79515122259 (анализ данных анкетирования)
- Власов С.Н. студент 2 курса, лечебный факультет ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» МЗ РФ (статистический анализ результатов анкетирования)

*Борота А.В., Кухто А.П., Базиян-Кухто Н.К.*

## ЛОГИКА НАУКИ, УЧЕБНОГО ПРЕДМЕТА И УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА В ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКЕ

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

### **Резюме**

В статье рассматриваются проблемы, с которыми сталкивается традиционная логика, являясь необходимым инструментом и условием познавательного процесса. Речь идет о противоречиях между стандартами классической логики и требованиями методологии современной науки. Априорный характер постулатов классической логики является причиной ограниченности ее возможностей и определяет круг задач, решение которых является обязательным для современного познания. Особого внимания заслуживает изучение логики не только как элемента научного познания, но и как составляющей образовательного процесса.

**Ключевые слова:** логика учебной деятельности, логика учения, субъект и объект деятельности учения.

---

С точки зрения предметного содержания учебная деятельность является подкомпонентом, входящим в состав подготовительного функционального компонента, обеспечивающего формирование субъекта любой другой деятельности, и направленный на генез центральной сферы субъекта и умение выполнять эту деятельность. Однако обучающая деятельность не является единственной деятельностью, которая своим продуктом имеет подобный результат. Его можно получить и в других видах познавательной деятельности, например, в процессе индивидуального познания посредством исследования или при неорганизованном специальном усвоении опыта других людей. Более того, формирование любых умений достигается в игре и труде. Определенные возможности из генеза умений и знаний, как их составляющих, имеет и деятельность стихийного общения.

Каким же образом определяется научность познания содержания? Прежде всего, это наличие в обучающей программе поня-

тий, терминов, закономерностей, которые соответствуют требованиям и изучаются на более высоком научно-теоретическом уровне. Это позволит отобрать и согласовать понятие, создать целостную методическую систему творческих понятий, позволяющих более практично и систематически изучать установленную программу обучения.

Объяснение занимает важное место в процессе обучения, особенно в момент усвоения новых знаний. Преподаватель объясняет новый учебный материал, структурирует его в логической последовательности. Вместе с тем он разрабатывает логический поэтапный план внедрения следующей порции учебного материала, который заканчивается мотивированным выводом. Преподаватель очень подробно объясняет новый материал и в случае, когда рассказ учащихся не удовлетворяет, а нужно логично довести проблему до завершающего этапа, возникает момент доказательности. Таким образом, темы обучающих курсов могут быть усвоены в результате продуманного объяснения нового материала

с учетом приемов проблемного толка, а также соответствующей наглядности. Объяснение всегда имеет доказательную форму изложения знаний и применяется в учебном процессе там, где необходимо доказать или объяснить учащимся закономерности развития различных явлений или понятий. Как правило, объяснение включает также элемент беседы, позволяющий задать перед учащимися проблемный вопрос и подвести их к осознанию необходимости изучения новых знаний или умений, которых недостаточно для ответа на тот или иной заданный учителем вопрос. Описание и объяснение взаимосвязаны как последовательные этапы научно-исследовательского процесса. Но эти два этапа между собой отличаются, поскольку объяснение, выполняемое с помощью методов научного исследования, представляет собой более высокий уровень познания и связано с теоретическим уровнем познания. Что же представляет собой в процессе обучения постановка и решение обучающей проблемы? В чем состоит ее научная сущность? Поскольку теория проблемного изучения науки в методике разработана недостаточно, то соответственно и понятие «объяснение» не используется на занятиях, а вместо этого преподаватель, рассматривая учебный материал, применяет описательный рассказ. Большинство учителей не отличают сущность этих двух понятий и применение описания приводит только к заучиванию учебного материала.

Учитывая это, большинство выпускников умеют только изложить содержание учебного материала и не умеют логически мыслить и доказывать свои мысли. Изменение приоритетов современных высших учебных заведений должно привести к усилению развития мышления учащихся, а это в свою очередь позволит усовершенствовать процесс исследования логики обучения [5]. Это явление совсем верно охарактеризовал М.М. Алексеев: он пишет: «Не менее важна среди других задач обучения выработка у учащихся способности логично и точно мыслить, умение доказывать и отрицать, обобщать и абстрагировать, анализировать и строить гипо-

тезы, делать из гипотез выводы и т.п., словом формировать и развивать у обучающихся умственные действия, то есть можно назвать это – «логикой их мышления». ...Логически развитое мышление способно усвоить знания и в большем количестве, чем мышление, логически менее развитое» [3]. На наш взгляд, данное высказывание требует более ясного осознания, поскольку логика изложения учебного материала учителем не отождествляется с логикой предмета. Без учета логики преподавания в учебном процессе не будет отображаться и логика познавательной деятельности учащихся в данном процессе. Кроме того, в своем труде М.М. Алексеев обосновывает, что логика употребляется и при разработке самой педагогической науки. Во-первых, это связано с обработкой понятий и категорий педагогической науки, при построении педагогики как стройной и целостной научной системы. Во-вторых, при разработке учебных предметов, отборе научного материала для «основ наук», в создании учебников нового поколения. И в-третьих, анализ и осуществление педагогического процесса составляет объект исследования науки педагогики [6].

В методической литературе освещается мнение, что логика учебного предмета существенно отличается от логики науки, потому что определение учебного предмета обосновано не столько на объективных, сколько на субъективных критериях. Что касается логики учебного процесса, то в педагогической науке давно сложилось мнение о ее специфичности. Логику учебного процесса нельзя считать, по нашему мнению, однозначным понятием. Если, по аналогии, считать, что процесс научного познания соответствует процессу обучения в целом, то процессу научного исследования должен соответствовать процесс проблемного обучения, как одного из «больших» и «малых» процессов обучения. Такая ситуация наталкивает на мысль, что помимо логики учебного процесса в условиях преподавания, изучающей закономерности, явления и понятия, а также способствующей разнообразным формам мышления в процессе обучения в целом, должна быть и логика ор-

ганизации творческого процесса усвоения знаний через логику проблемного усвоения учебного материала [1].

Следует отметить, что логика проблемного обучения полностью не отождествляется с логикой научного исследования. Специфика этих двух взаимосвязанных процессов наиболее полно раскрыта в условиях соотношения научной и обучающей проблемы. Логика в процессе решения учебной задачи должна характеризоваться последовательностью мыслительных операций в процессе проблемного усвоения знаний, в основу которой положена научная проблема. Характерные признаки двух взаимосвязанных процессов могут иметь специфические черты в каждом конкретном случае в условиях учебного процесса. Вместе с тем в своем научном труде «О логике и психологии научного творчества» Б.М. Кедров высказывает мнение, что в логике обработки мышлением полученной информации, конкретные логические формы и приемы мышления ученика и учителя будут снова сближаться и выступать в «строгой логической последовательности», отвечающей «логическому упорядочению движения человеческой мысли» [4].

Несмотря на творческое усвоение учеником новых знаний во время проблемного обучения, в конечном варианте они (знания) должны сложиться в соответствующую логическую структуру, обусловленную предыдущим опытом логической обработки учеником новой информации и достичь

уровня развития логического мышления на занятиях путем отображения объективного в субъективном понимании личности [2]. На современном этапе необходимо излагать теорию на более высоком научном уровне, через усиление объяснительного момента, переходящего в доказательность и логичность мышления. Соответственно предыдущая функция преподавателя – объяснение учебного материала – приобретает новое качество, в основу которого положены следующие характерные признаки:

- объяснять и формулировать новые понятия на основе проблемного обучения;
- рассказывать и показывать логику научного исследования, приведшую к решению той или иной проблемы на основе создания проблемной ситуации;
- использовать теоретические знания и жизненный опыт на практике;
- создавать диалоги, за основу которых взят Сократовский;
- эффективно использовать видео, аудио и компьютерные средства.

Усвоение новых понятий путем самостоятельного раскрытия обучающих проблем необходимо осуществлять с помощью и под руководством преподавателя. В процессе совместной творческой педагогической деятельности учителя и ученика формируются умения и практические навыки исследователей, отчасти – поисковых действий, что в свою очередь приводит к раскрытию сущности понятий.

### Список литературы

1. Загвязинский, В.И. Теория обучения: современная интерпретация [Текст]/ В.И. Загвязинский. – М.: Издат. центр «Академия», 2015. – 120 с.
2. Игнатенко, Г.А. Практическая подготовка студентов в Донецком национальном медицинском университете имени М. Горького [Текст]/ Г.А. Игнатенко, Т.Л. Ряполова, М.Б. Первак // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2021. – Т. 30, №5. – С. 98 -102.
3. Краевский, В.В. Методика педагогики: новый этап: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений [Текст]/ В.В. Краевский, Е.В. Бережнова. – М.: Издательский центр «Академия», 2016. – 212 с.
4. Новиков, А.Н. Методология [Текст]/ А.Н. Новиков, Д.А. Новиков. – М.: СИНТЕГ, 2017. – 260 с.
5. Пидкасистый, П.И. Психолого-дидактический справочник преподавателя высшей школы [Текст]/ П.И. Пидкасистый. – М.: Пед. общество России, 2019. С. 130-138.
6. Усова, А.В. Проблемы теории и практики обучения в современной школе: избранное [Текст]/ А.В. Усова. – Челябинск: Изд-во ЧГПУ, 2015. – С. 73-81.

*Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyani-Kuhto N.K.*

### LOGIC OF SCIENCE, SUBJECT AND EDUCATIONAL PROCESS IN VOCATIONAL TRAINING

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

#### **Summary**

The article deals with the problems that traditional logic faces, being a necessary tool and condition for the cognitive process. We are talking about the contradictions between the standards of classical logic and the requirements of the methodology of modern science. The a priori nature of the postulates of classical logic is the reason for the limitations of its capabilities and determines the range of tasks, the solution of which is mandatory for modern knowledge. The study of logic deserves special attention not only as an element of scientific knowledge, but also as a component of the educational process.

**Key words:** *the logic of educational activity, the logic of teaching, the subject and object of the activity of teaching.*

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

Борота А.В.	д.мед.н., проф., заведующий кафедрой общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (разработка идеи и дизайна исследования)
Кухто А.П.	д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор и анализ публикаций, научное редактирование статьи)
Базиян-Кухто Н.К.	к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (написание текста статьи)

*Игнатенко Г.А., Борота А.В., Кухто А. П., Базиян-Кухто Н.К.*

## РАЗВИТИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ СЕГОДНЯ

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

### **Резюме**

Целью статьи является анализ состояния высшего образования в ДНР и перспектив его развития. Акцентировано внимание на трактовке высшего образования как составляющей интеллектуального потенциала ДНР, которая имеет огромные возможности для сохранения, воспроизводства и накопления знаний. Проанализирована законодательная база образовательной деятельности в ДНР и обоснована целесообразность функционирования частного образования на уровне с государственным. Установлено, что темпы прироста количества студентов, обучающихся в высших учебных заведениях III – IV уровня аккредитации, и количества выпущенных специалистов за последние пять лет имеют отрицательные значения. Установлены положительные тенденции в подготовке кадров высшей квалификации и обоснована необходимость организации процесса повышения квалификации населения с помощью системы непрерывного образования и повышения уровня доступности высшего образования.

**Ключевые слова:** *высшее образование, интеллектуальный потенциал, профессиональная подготовка.*

---

Сегодня высокоразвитые государства мира убедительно демонстрируют, насколько важна система высшего образования для осуществления структурных преобразований и инновационного развития. Высшее образование как феномен социокультурной реальности имеет огромные потенциальные возможности сохранения и накопления знаний, духовных ценностей и достояний национальной культуры, она играет ведущую роль в идентификации общества и является движущей силой экономического развития любого государства.

В условиях построения сознательной экономики интеллектуальный потенциал определяется уровнем развития образовательной и научной сфер, состоянием культурного и духовного наследия, ведь в его основе заложена естественная способность аккумулировать все новые знания, генерировать новые идеи, становящиеся основным

источником экономического роста. Высшее образование, являющееся базовым элементом интеллектуального потенциала, отвечает за состояние образованности общества, его способность к развитию и самосовершенствованию [4].

Целью статьи является анализ современного состояния и перспективы развития высшего образования как структурного элемента интеллектуального потенциала.

Высшее образование выступает не только носителем интеллектуального потенциала, но и высокопроизводительной силой в обществе и нуждается в постоянном внимании со стороны государства и надлежащей финансовой поддержке. Исследователями образовательной сферы доказано, что соотношение расходов на образование к экономическому эффекту составляет 1:4.

Убеждены, что образование является производительной силой общества, а значит,

непосредственно вовлекается в процессы формирования и развития интеллектуального потенциала. Высшее образование выступает решающим фактором инновационного толчка и интеллектуального прорыва, поскольку глобальная экономика требует качественно нового уровня образования и постоянного обновления знаний и навыков на протяжении всей жизни. Передовая система образования делает возможным прорыв практически во всех областях жизни общества и является важным фактором стабильности и национальной экономической безопасности государства. Сегодня в ДНР создается эффективная законодательная база, адекватная международным нормам в сфере образования.

Так, законы ДНР устанавливают основные правовые, организационные, финансовые основы функционирования системы высшего образования, определяют условия для усиления сотрудничества государственных органов и бизнеса с высшими учебными заведениями (ВУЗы) на принципах автономии последних, сочетание образования с наукой и производством в целях подготовки конкурентоспособного человеческого капитала для высокотехнологичного и инновационного развития страны, самореализации личности, обеспечения потребностей общества, рынка труда и государства в квалифицированных специалистах [2].

Образование воспроизводит и наращивает интеллектуальный, духовный и экономический потенциал общества, является стратегическим ресурсом улучшения благосостояния людей, обеспечения национальных интересов, укрепления авторитета и конкурентоспособности государства на международной арене [3]. Образование является неотъемлемой составляющей общества и основой развития личности, оно должно быть признано реальным приоритетом государственной политики, преимущественно через приоритетность его государственного финансирования.

Существование же частного образования наравне с государственным оправдано

учитывая, что ДНР до сих пор не достигла достойного уровня национального достатка, который, по оценкам ЮНЕСКО, наступает только тогда, когда удельный вес лиц трудоспособного возраста с высшим образованием превышает 50%.

Очевидно, в ДНР образовалась большая кадровая ниша, которую должна заполнить система высшего образования, способная подготовить высококвалифицированных специалистов и пополнить кадровый резерв, что станет основой наращивания интеллектуального потенциала.

Следовательно, общие нисходящие тенденции, наблюдаемые в образовательной сфере, на наш взгляд, имеют как негативные, так и положительные последствия. К положительным сторонам следует отнести постепенное сокращение количества вузов, что, вероятно, повысит качество образования.

Отрицательные последствия в значительной степени затрагивают научно-педагогический персонал вузов, поскольку при сокращении, реорганизации или укрупнении вузов нарушаются определенные организационно-штатные пропорции, что в конечном итоге приводит к сокращению квалифицированных кадров. На рынке труда появляется категория «дипломированных специалистов», невостребованных отечественной экономикой. Еще одним негативным проявлением такой ситуации сегодня можно считать практическую невозможность ученым-просветителям работать по совместительству. К сожалению, отрицательные темпы прироста численности студентов и выпущенных специалистов из вузов высших уровней аккредитации не позволят в скором будущем создать тот кадровый резерв, который обогатит интеллектуальный потенциал государства и совершит интеллектуальный прорыв [1].

Безусловной задачей высшего образования является достижение ускоренного прогресса в вопросах модернизации (реформирования) национальной системы образования с целью получения каждым индивидуумом новых знаний, навыков, ком-

петенций, которые будут использованы в научной, образовательной, технологической, производственной и другой деятельности. Оценивая качество системы образования по рейтинговым показателям, констатируем существенное отставание нашего государства от стран – лидеров образовательно-инновационного развития.

В целом, вопросы обеспечения качества высшего образования должны стоять на повестке дня организации по обеспечению качества высшего образования, в компетенцию которого также входят: формирование требований к системе обеспечения качества высшего образования, разработка положения об аккредитации образовательных программ; анализ качества образовательной деятельности вузов ДНР; проведение лицензионных экспертиз; формирование единой базы данных, введенных высшими учеб-

ными заведениями специализаций, по которым осуществляется подготовка соискателей высшего образования на каждом уровне высшего образования и т.д. [5].

Изменения, связанные с ростом роли знаний и интеллекта в обществе, возникновение глобального рынка труда, социально-политические трансформации оказали существенное влияние на роль, функции и способы функционирования системы высшего образования во всем мире, в том числе и в ДНР.

Так, в ответ на мировые тенденции развития в ДНР происходят кардинальные изменения в системе высшего образования, включая изменение структуры финансирования и управления, создание системы оценки и аккредитации учебных заведений, нормативно-правовой базы, реформирование учебных программ.

### Список литературы

1. Абрамова, М.А. *Высокие технологии: влияние на социальные институты и применение в профессиональном образовании [Текст]*/М.А. Абрамова, Р.В. Каменев, В.В. Крашенинников. - Новосибирск, 2018. - 222 с.
2. Грязева, Е.В. *Социальное партнерство как одно из условий качественной подготовки специалистов [Текст]*/Е.В. Грязева // *Современные тенденции в управлении промышленными инновационными организациями: сб. науч. ст. регион. науч.-практ. конф. с междунар. участием (Алатырь, 28–29 сентября 2017 г.)*. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2017. – 168 с.
3. Пашиковская, М. В. *Новые провайдеры на рынке высшего образования [Текст]* / М. В. Пашиковская // *Высшее образование в России*. – 2014. – № 6. – С. 21–27.
4. Яковлева, Е.В. *Влияние индивидуально-ориентированного обучения на успешность адаптации первокурсников к обучению в вузе [Текст]* / Е.В. Яковлева, Т.Г. Макусева // *Управление устойчивым развитием*. – 2020. – № 3 (28). – С.111 -117.
5. Markova, N.G. *Forming Conflictological Competence of a Would-Be Teacher in the Multicultural Educational Space of a University [Text]*/N.G. Markova, E.V. Yakovleva, E.L. Krasnova [at al.]// *Psychology and education*. – 2021. – Vol.58(3). – P. 98-112. - DOI: <https://doi.org/10.17762/pae.v58i3.2474>



*Ignatenko G.A., Borota A.V., Kuhto A.P., Baziyan-Kuhto N.K.*

### DEVELOPMENT OF HIGHER EDUCATION TODAY

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

#### **Summary**

The purpose of the article is to analyze the current state of higher education in the DPR and the prospects for its development. Attention is focused on the interpretation of higher education as a component of the intellectual potential of the DPR, which has tremendous opportunities for the preservation, reproduction and accumulation of knowledge. The legislative base of educational activities in the DPR is analyzed and the expediency of the functioning of private education at the level with the state is substantiated. It was found that the growth rates of the number of students enrolled in higher educational institutions of III-IV levels of accreditation, and the number of graduated specialists over the past five years have negative values. Positive tendencies in the training of highly qualified personnel have been established and the necessity of organizing the process of raising the qualifications of the population with the help of the continuous education system and increasing the level of accessibility of higher education has been substantiated.

**Key words:** *higher education, intellectual potential, professional training.*

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

Игнатенко Г.А.	д.мед.н., проф., ректор ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (разработка идеи и дизайна исследования)
Борота А.В.	д.мед.н., проф., заведующий кафедрой общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ.М.ГОРЬКОГО (научное редактирование статьи)
Кухто А.П.	д.мед.н., профессор кафедры общей хирургии №1 ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (обзор публикаций по теме статьи)
Базиян-Кухто Н.К.	к.мед.н., доцент кафедры сердечно-сосудистой хирургии ГОО ВПО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО (написание текста статьи)

*Моногарова Н.Е., Бородий К.Н., Семендяева Е.В., Шалаева И.В.*

## МЕСТО МЕДИЦИНСКОЙ ПЕДАГОГИКИ В СФЕРЕ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ЗНАНИЯ И ПРАКТИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА

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

### **Резюме**

Интеграция педагогики и медицины обусловила формирование такой отрасли педагогического знания, как медицинская педагогика. Этот термин был введен в середине 1990-х гг. для обозначения педагогической составляющей в медицинском образовании. Медицинская педагогика затрагивает и использует основные общенаучные понятия, включая: педагогический процесс, педагогическое общение, объект, предмет, методы и формы обучения, образовательные среды и т.д. На сегодняшний день невозможно переоценить роль медицинской педагогики в процессе становления личности врача, с позиций как теоретической, так и практической медицины. Наиболее распространенными сферами применения медицинской педагогики являются: пропаганда здорового образа жизни, специальное обучение больных различными хроническими заболеваниями, работа с родственниками пациентов, обучающие мероприятия в отношении коллег, среднего и младшего медицинского персонала и, безусловно, – обучение студентов медицинских вузов.

**Ключевые слова:** медицинская педагогика, высшее образование.

*Леча больного, доктор помогает природе;  
точно так же и наставник должен только  
помогать воспитаннику бороться с трудно-  
стями постижения того или другого пред-  
мета; не учить, а только помогать учиться.*

*К.Д. Ушинский*

---

Медицинская педагогика представляет собой междисциплинарную область теории и практики клинической психологии, сформировавшуюся на стыке медицины и педагогики [1]. Применительно к специализированным высшим учебным заведениям данный термин обозначает педагогическую составляющую в медицинском образовании, которая изучает объективные процессы воспитания и обучения, связанные с клинической практикой и передачей от старшего

поколения младшему основ искусства врачевания и общения с пациентами. В связи с этим организация педагогического процесса в медицинских вузах имеет свои специфические особенности и требует обеспечения определенных условий, необходимых для освоения всеми обучающимися профессиональных компетенций [4,8]. Медицинская педагогика призвана выявлять успешность или, напротив, неуспешность процесса обучения будущих врачей, а также трудности,

возникающие на этапе получения и реализации клинических знаний [1, 8].

Несмотря на то, что история развития педагогики, в целом, началась много веков назад, в медицинском образовании она стала самостоятельной отраслью относительно недавно. В свое время вопрос о взаимосвязи медицинских и педагогических знаний аргументировано поднимали такие великие отечественные ученые, как Н.И. Пирогов, С.П. Боткин и П.Ф. Лесгафт. Аналогии между медициной и педагогикой в деятельности умелого врача и опытного педагога в своих трудах неоднократно проводил К.Д. Ушинский, основоположник научной педагогики в России. Существенный вклад в развитие отечественного высшего медицинского образования внесли и другие известные медики-педагоги: М.Я. Мудров, И.М. Сеченов, И.П. Павлов, В.М. Бехтерев, С.С. Корсаков, А.В. Вишневский, П.Б. Ганнушкин, А.Н. Бакулев, И.А. Сикорский и др. [2, 7]. Долгое время ученые говорили о необходимости проникновения педагогики в практику врача, а медицины, в свою очередь, – в педагогику [2], однако понятие «психолого-педагогическая деятельность врача» стало использоваться лишь в 80–90-х гг. XX века, а психолого-педагогический вид деятельности впервые был выделен в составе профессиональной медицинской деятельности в 2010 г. [3].

На современном этапе роль медицинской педагогики переоценить невозможно – она пронизывает абсолютно все стороны деятельности специалиста. В повседневной работе практикующего врача наиболее распространенными сферами применения педагогики являются: пропаганда здорового образа жизни, специальное обучение больных бронхиальной астмой, сахарным диабетом, хроническими сердечно-сосудистыми, онкологическими и другими заболеваниями, а также работа с родственниками пациентов и обучающие мероприятия в отношении коллег, среднего и младшего медицинского персонала [1,4,6,8]. Особым полем деятельности врача, которое без преувеличения можно приравнять к высокому искусству,

является обучение студентов медицинского вуза. Успех в этой сфере определяется умением сочетать фундаментальные знания и клиническое мышление, способностью выделять главное в преподаваемой дисциплине и формировать у обучающихся так называемое «основное знаниевое ядро». В число задач медицинской педагогики как учебной дисциплины также входят: обучение студентов свободному пользованию профессиональной терминологией, развитие у них способностей к индуктивному и дедуктивному способу выведения умозаключений, к системному мышлению и установлению междисциплинарных связей [1]. Нельзя не подчеркнуть, что искусство преподавания в данном случае включает и такой неотъемлемый компонент как деонтология, т.е. область воспитания будущего врача. Главное в данной дисциплине, безусловно, имеющей законодательные моменты, – это формирование у обучающихся особого мировоззрения и морально-нравственных установок, когда важнейшим условием успешного деонтологического воспитания становятся авторитет и обаяние личности врача-педагога.

Предпочтительная стратегия преподавания – это умение делать акцент на успехах, поощрять инициативу и максимально задействовать репрезентативные системы человека, используя яркий иллюстративный материал, аудио- и видеопособия, наглядные понятные схемы, объемные средства (муляжи, макеты, модели, фантомы) и т.д. При этом перед врачом-специалистом, выступающим в медицинской педагогике в роли субъекта, стоит первоочередная задача – добиться того, чтобы обучающийся не был просто объектом, но и ощущал себя также и субъектом обучения, понимая, что его не только учат, а он и сам учится [1]. Процесс обучения должен непременно сочетаться с самоконтролем, самонаблюдением и осознанием учениками собственной ответственности за результаты. Обучающимся нужно предоставлять возможность самим давать оценку тому, что они делали на протяжении занятия, и судить, насколько это занятие

было успешным в плане достижения ими поставленной цели. Процесс обучения должен быть оптимальным и по продолжительности, и по объему информации, а сложность обучения – соответствовать возможностям конкретных обучаемых. Необходимо чередовать виды деятельности: обсуждение теоретического материала и практическую работу, обязательно включая перерывы на отдых; а занятия с педагогом дополнять индивидуальным выполнением домашних заданий. Каждая новая информация должна базироваться на ранее усвоенных знаниях, навыках и умениях и предполагать дальнейшее обращение к ней на следующих этапах.

Важно понимать, что основные качества личности будущего врача в максимальной степени формируются еще в стенах вуза. Самые важные из них – это критический стиль мышления и толерантность. Критический стиль мышления, имманентный деятельности врача, связан с такими ее составляющими, как постановка первичного диагноза, его уточнение в ходе дальнейших лечебно-диагностических мероприятий, осмысление полученных результатов и т.п. Соответствующие методики формирования у студентов теоретических составляющих медицинского знания, а также практических умений и навыков используются при обучении на клинических кафедрах. В число задач медицинской педагогики входит формирование у будущего врача-специалиста критической неуспокоенности по отношению к самому себе, к тем либо иным собственным профессиональным действиям и стремления переосмысливать сделанное, чтобы в будущем не повторять допущенных ошибок. Формирование толерантности у обучающихся в медицинских вузов решается на основе содержания высшего профессионального образования и конструирования специфических форм организации учебно-познавательной деятельности. С точки зрения медицинской педагогики толерантность включает в себя такие качества, как умение сопереживать пациенту, понимать и в определенной степени прощать ему те

или иные отрицательные эмоции и поведенческие проявления, с которыми приходится сталкиваться каждому врачу [4,5].

По сути, на этапе обучения в медицинском вузе, студенты наряду с получением основной специальности должны освоить и вторую – специальность практического педагога, в области которой они в дальнейшем будут продолжать совершенствоваться по мере накопления личного и профессионального опыта. Речь идет не только о преподавательской деятельности, ведь далеко не каждый врач в дальнейшем связывает свою судьбу с работой в учреждениях профессиональной подготовки специалистов, но и о рутинной практике, для которой медицинская педагогика также является неотъемлемой составляющей, предполагая воспитание и обучение пациентов с целью формирования у них индивидуальных качеств, способствующих восстановлению и сохранению здоровья [6], в т.ч.:

- актуализация потребностей, интересов, склонностей и привязанностей, утраченных пациентом вследствие его концентрации на болезни;
- стимулирование к развитию и укреплению силы воли, к выработке выдержки и стойкости;
- обучение пациента приемам саморегуляции и управления своим состоянием;
- помощь пациенту в освоении методов самоконтроля;
- активизация сил пациента в борьбе с болезнью;
- обучение пациента поведению, предупреждающему рецидивы заболевания;
- формирование определенной среды общения, необходимой пациенту;
- привлечение родных, близких, друзей с целью оказания помощи пациенту и налаживания контактов с окружающей средой;
- формирование личностных основ самосохранной деятельности у широкого круга пациентов, страдающих различными хроническими заболеваниями;
- реабилитационное взаимодействие [2,4,6].

Таким образом, взаимодействие врача с пациентом с точки зрения медицинской педагогики направлено, прежде всего, на медицинское просвещение больного, модификацию его поведения и образа жизни, воспитание ответственности за свое здоровье, а также понимание сути диагноза, целей и методов лечения. В настоящее время все более широкое распространение получают письменные руководства для больных с различной патологией, где обозначаются планы самоконтроля с четкими предписаниями о том, что и в каких случаях им следует предпринимать. Также пациентам предлагаются аудио- и видеозаписи и пр., однако без личного участия врача в подборе наглядных пособий для конкретного больного эти дополнительные элементы не имеют практически никакой ценности. Важен непосредственный контакт с пациентом, грамотная работа в направлении ответственного отношения к процессу лечения, что служит залогом достижения комплаенса, т.е. повышения вероятности соблюдения врачебных рекомендаций. Пациент должен быть не просто ознакомлен с актуальными для него рекомендациями, его необходимо обучить их выполнению. В противном случае, даже при всем своем желании, он может попросту не суметь их реализовать [6].

По сути, обучение пациента, как объекта медицинской педагогики, происходит в трех областях:

- познавательная – человек получает новую информацию и факты; проводит анализ, отделяя важную, значимую для себя часть, от второстепенной;
- эмоциональная – пациент внимательно слушает врача-педагога и реагирует на новую информацию мыслями, переживаниями, чувствами (задумывается, удивляется, тревожится);
- психомоторная – пациент осваивает новые виды движений, уверенно выполняет необходимые действия, приобретает устойчивые навыки. [1].

Для достижения поставленных целей в работе с пациентами крайне важен педагогический такт врача, т.е. умение выбирать правильный подход и стиль общения с больным и его родственниками, определять для себя и реализовывать на практике некую разумную степень сопереживания, развивать способность прогнозировать так называемые «педагогически отрицательные» ситуации, оценивая тот педагогический уровень, на котором применение тех или иных лечебных воздействий способно обеспечить наилучший результат. Для этого важно владеть, по крайней мере, минимальными навыками лицедейства и импровизации, используя при необходимости элемент неожиданности и внезапности ввиду того, что предвидеть заранее абсолютно все поведенческие и ситуационные обстоятельства общения с пациентом невозможно [1,4,5]. Постепенно каждый врач-педагог вырабатывает свою собственную педагогическую систему, но она, так или иначе, всегда представляет собой ряд определенных взаимосвязанных компонентов: содержание, методы, средства и процессы обучения. Строгих правил общения с пациентами не существует, но оно непременно должно быть ориентировано на состояние их душевного комфорта, что является главным критерием деонтологии, ведь хороший врач – это не только профессионализм, глубокие знания, совершенное владение техникой медицинских манипуляций и взвешенные решения, но и умение говорить с больным, преодолевая возможные коммуникативные барьеры [3,4,6]. При этом врач должен понимать, что то или иное психическое, эмоциональное состояние больного обычно обусловлено целым комплексом факторов и обстоятельств, среди которых и особенности характера и темперамента, и разнообразные влияния внешней среды, и медико-биологические аспекты и т.д. Таким образом, даже поверхностный анализ выявляет значимую психолого-педагогическую компоненту в лечебной и профилактической деятельности медицинских работников. Поэтому какого-либо краткого курса ме-

дицинской психологии для будущего врача явно недостаточно – необходимы глубокие познания в области медицинской педаго-

гики [5], фундамент для которых закладывается опытными коллегами уже на этапе его обучения в медицинском вузе.

### Список литературы

1. Артюхина, А.И. Педагогика: учеб.-метод. пособие для клинических ординаторов [Текст] / А.И. Артюхина, В.И. Чумаков // Волгоград: Изд-во ВолгГМУ, 2017. – 168 с.
2. Боженькина, С.А. Связь медицины и педагогики в истории культуры [Текст] / С.А. Боженькина // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 4-1. – С. 60-62.
3. Васильева, Е.Ю. Педагогика в клинической практике врача: учебное пособие [Текст] / Е.Ю. Васильева, М.Ю. Гайкина, Т.В. Тагаева // Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2017. – 118 с. – ISBN 978-5-91702-242-0.
4. Игнатенко, Г.А. Педагогические аспекты взаимоотношений студентов и преподавателей медицинских вузов [Текст] / Г.А. Игнатенко [и др.] // Университетская клиника. – 2021. – № 3 (40). – С. 163-166.
5. Коржуев, А.В. Медицинская педагогика [Текст] / А.В. Коржуев, С.А. Землякова // Высшее образование в России. – 2003. – № 25. – С. 119-121.
6. Корниенко, Е.Р. Педагогика: учебное пособие для иностранных студентов [Текст] / Е.Р. Корниенко // Архангельск: Изд-во Северного государственного медицинского университета, 2015. – 147 с.
7. Новгородцева, И.В. Педагогика в медицине [Текст] / И.В. Новгородцева. – М.: ФЛИНТА, 2017. – 105 с. – ISBN 978-5-9765-1281-8.
8. Полякова, О.В. Педагогика: учебное пособие для ординаторов РязГМУ 1-го года обучения [Текст] / О.В. Полякова, А.Н. Жолудова // Рязань: РИО РязГМУ, 2016. – 144 с.

*Monogarova N.E., Borodiy K.N., Semendyaeva E.V., Shalaeva I.V.*

## THE PLACE OF MEDICAL PEDAGOGY IN THE FIELD OF PEDAGOGICAL KNOWLEDGE AND PRACTICE OF A MEDICAL SPECIALIST

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

### Summary

The integration of pedagogy and medicine led to the formation of such a branch of pedagogical knowledge as medical pedagogy. This term was introduced in the mid 1990s. to designate the pedagogical component in medical education. Medical pedagogy affects and uses the basic general scientific concepts, including: the pedagogical process, pedagogical communication, object, subject, methods and forms of education, educational environments, etc. Today, it is impossible to overestimate the role of medical pedagogy in the process of becoming a doctor's personality, from the standpoint of both theoretical and practical medicine. The most common areas of application of medical pedagogy are: promotion of a healthy lifestyle, special training for patients with various chronic diseases, work with relatives of patients, training activities for colleagues, middle and junior medical personnel, and, of course, training for students of medical universities.

**Key words:** *medical pedagogy, higher education.*

### Авторская справка и долевое участие

- Моногарова Н.Е. д. мед. н., проф., заведующая кафедрой факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО», +380-71-328-25-95 (концепция и научное редактирование статьи)
- Бородий К.Н. к. мед. н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО» (написание текста статьи)
- Семендяева Е.В. к. мед. н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО» (обработка материала)
- Шалаева И.В. к. мед. н., доцент кафедры факультетской терапии им. А.Я. Губергрица ГОО ВПО «ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО» (сбор и анализ данных литературы)

### Требования к оформлению статей

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

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

#### **Структура статьи:**

- УДК
- Инициалы и фамилии автора/авторов
- Название работы
- Название организации, в которой выполнена работа
- Резюме с ключевыми словами
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме на английском языке с ключевыми словами

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

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

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

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

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

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



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

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

**Резюме.** Должно быть структурированным, на русском и английском языках объемом до 250 слов и включать цель, материалы и методы, результаты, выводы. В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры). При написании обзора, лекции, описании клинического случая или наблюдений из практики резюме может быть неструктурированное, объемом не более 150 слов. В резюме на английском языке должен быть включен полный заголовок статьи,

фамилии и инициалы авторов, название учреждения.

**Ключевые слова.** После каждого резюме приводят ключевые слова в именительном падеже, не более 7.

**Сведения об авторах.** Оформляются на отдельном листе статьи, должны обязательно содержать следующую информацию:

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

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

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