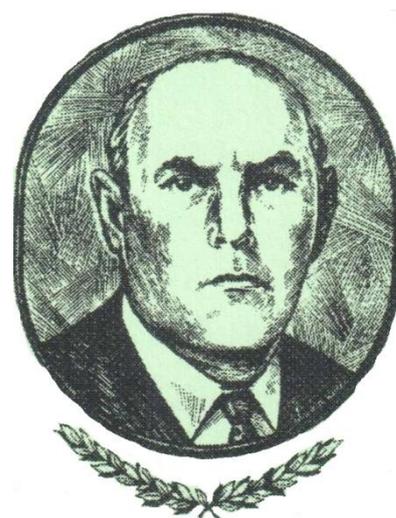


Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

**Памяти Н.А. Торсуева
посвящается**



**ТОРСУЕВСКИЕ
ЧТЕНИЯ**

СБОРНИК НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИХ РАБОТ

Выпуск 11

Донецк – 2016

ББК 53.4
УДК 616.5+616.97
Т 59

Сборник научно-практических работ посвящен актуальным вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний кожи и обусловленных сексуально-трансмиссивными инфекциями, проблемам эстетической медицины и медицинской косметологии, подготовки врачей. В работах показаны инновационные методы диагностики в дерматологии, новые технологии терапевтических воздействий. Отдельные статьи посвящены актуальным проблемам дерматологии, выполненным на стыке других разделов клинической медицины.

Торсуевские чтения: Сборник научно-практических работ / Под ред. Т.В. Проценко. – Донецк, 2016. - Выпуск 11. - 146 с.

Главный редактор: Проценко Т.В., академик АН ВОУ, д.мед.н., профессор.

Ответственный секретарь: к.мед.н., Черновол А.С.

Рецензенты:

1. Проректор по научной работе и маркетингу ДонНМУ им. М. Горького д.мед.н., проф. Прохоров Е.В.
2. Зав. кафедры дерматовенерологии Харьковской медицинской академии последипломного образования д.мед.н., проф. Болотная Л.А.

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, протокол №6 от 30.08.2016 г.

Авторский коллектив, 2016

СОДЕРЖАНИЕ

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Белик И.Е., Иванова И.П.

**МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ
КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ.....6**

Горбенко Ал.С.

**СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И
ЛЕЧЕНИЯ АЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В
РАЙОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ.....12**

Горбенко Ан.С.

**АЛГОРИТМ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ
СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ
ДЕРМАТОЗАХ И НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ.....17**

Давлеева М.Д.

**ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В
СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ.....23**

Заблоцкая А.Г.

**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМ
ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ
ТЕЛА.....27**

Иванова И.П., Белик И.Е., Гупало Л.А., Гридасова В.Д.

**СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ
ПОСЛЕДСТВИЙ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ.....36**

Корчак И.В.

**СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ
ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ.....41**

Лукьянченко Е.Н.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН
РАЗЛИЧНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОТЕРАПИИ.....45**

Музычина А.А., Иващенко А.Л., Барков К.А., Иващенко К.А.

**ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ГЕМОБЛОК" В ПРАКТИКЕ
ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ.....50**

Порпленко А.В., Черновол А.С.
ВОЗМОЖНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ.....55

Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В.
КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛЕРОДЕРМИИ У БОЛЬНЫХ-ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА.....60

Тахташов И.Р.
ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ.....68

Черновол А.С., Пальчик К.К.
ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ.....72

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ

Бабюк И.А., Побережная Н.В.
ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ МОЛОДЕЖИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЗППП.....77

Бабюк И.А., Титиевский С.В., Побережная Н.В., Рымарь И.Б.
ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ – КУРСАНТОВ ФИПО.....85

Белик И.Е., Романенко К.В., Иванова И.П., Гридасова В.Д., Гупало Л.А., Ермилова Н.В., Кравец Е.В.
ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ ОЛИМПИАДЫ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ.....89

Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Лукьянченко Е.Н., Заблоцкая А.Г.
ОБУЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ.....93

Смирнова А.Ф., Кардаш А.М., Голубов К.Э., Котлубей Г.В.
МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИИ.....98

Смирнова А.Ф., Голубов К.Э., Котлубей Г.В.
РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА.....102

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Провизион А.Н.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПСОРИАЗОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ).....105

ЛЕКЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

Белик И.Е.

КОЖНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНОГО И СИСТЕМНОГО ПРОЦЕССА.....117

Проценко О.А.

РОЗАЦЕА: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ (ЛЕКЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ).....128

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Белик И.Е., Иванова И.П.

МЕТАБОЛИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – изучить эффективность комплексной терапии больных ХКВ с использованием комплексного метаболического, антиоксидантного препарата Кардонат.

Материалы и методы исследования. Обследованы 122 больных хронической красной волчанкой – 43 мужчины и 79 женщин, в возрасте от 15 до 62 лет. Пациенты были распределены на две репрезентативные группы. Основная - 87 человек, комплексное лечение которых включало традиционную терапию и препарат метаболического действия - Кардонат, группа сравнения - 35 больных ХКВ, получавших только традиционную терапию.

Результаты и их обсуждение. Показана эффективность метаболической терапии при хронической красной волчанке. Представлены результаты исследований пациентов с хронической красной волчанкой, изучали систему оксида азота, перекисное окисление липидов, антиоксидантную защиту.

Выводы. Комплексная МТ с использованием кардоната моделирует систему оксида азота, активация которой при КВ приводит к существенному повышению ПОЛ.

Ключевые слова: хроническая красная волчанка, метаболическая терапия, перекисное окисление липидов.

Стандартный подход в лечении больных хронической красной волчанкой (ХКВ) не учитывает наличие при этом заболевании глубоких нарушений тканевого метаболизма. Известно, что при КВ ультрафиолетовое излучение способствует окислительному стрессу и активации процессов апоптоза [1,4,6]. Одну из основных ролей в активации процессов апоптоза играет оксид азота (NO) [1,4,7]. Активация NO-системы в свою очередь приводит к существенному повышению продуктов перекисного окисления липидов (ПОЛ), что способствует усилению гипоксических явлений в клеточных структурах [2,3,7]. Нарушение свободнорадикального окисления представляет ранний неспецифический механизм повреждения при КВ. У больных КВ, в

зависимости от длительности и интенсивности воспалительного процесса, процессы ПОЛ из этапа цепи адаптационных процессов трансформируются в основной патогенетический фактор, определяющий глубину патологических нарушений [2,3,5]. В связи с этим актуальным является совершенствование методов терапии КВ с использованием препаратов, корригирующих нарушения тканевого метаболизма.

Цель исследования - изучить эффективность комплексной терапии больных ХКВ с использованием комплексного метаболического, антиоксидантного препарата Кардонат.

Материалы и методы исследования

Обследованы 122 больных хронической красной волчанкой – 43 мужчины и 79 женщин, в возрасте от 15 до 62 лет. Диагноз ХКВ ставили на основании анализа клинической картины заболевания, анамнеза, клинико-лабораторного обследования, результатов патогистологического исследования пораженной кожи. Фактором, предшествовавшим возникновению ХКВ, в большинстве случаев была инсоляция (65%), также в анамнезе констатированы: переохлаждение (14%), стресс (12%), перенесенные заболевания (9%). Длительность заболевания у женщин с ХКВ была равна $6,12 \pm 1,22$ годам, а у мужчин $4,49 \pm 1,05$ годам ($S=2,08$, $p=0,006$); Дискоидная КВ (ДКВ) констатирована у 58 (51,1%) больных ХКВ, диссеминированная КВ (ДисКВ) – у 20 (17,7%) больных ХКВ, центробежная эритема Биетта (ЦЭБ) – у 36 (31,1%) больных ХКВ. У женщин и мужчин с ХКВ чаще диагностировалась ДКВ - 56,4 и 72,2% случаев соответственно, ДисКВ – 18,51% и 16,6%; ЦЭБ – 25,09% и 11,1% соответственно. У больных ХКВ определялось вовлечение в патологический процесс одного или нескольких топографических регионов, очаги поражения регистрировались в области скул и носа (82%), волосистой части головы (38%), области груди (12%), кистей (4%).

В анамнезе больных ХКВ из сопутствующих заболеваний болезни желудочно-кишечного тракта встречались у 42,2% пациентов, сердечно-сосудистой системы - у 28,8%, заболевания щитовидной железы – у 8,8 %, очаги

хронической фокальной инфекции – у 6,6%, неврологическая патология – у 6% больных, что также требовало назначения антиоксидантной терапии.

Пациенты были распределены на две репрезентативные группы. Основная - 87 человек, комплексное лечение которых включало традиционную терапию и препарат метаболического действия - Кардонат, производства «Сперко» Украина. В основной группе Кардонат назначали по 1 капсуле 3 раза в сутки, на протяжении 4 недель. Кардонат является сбалансированным препаратом метаболической терапии (МТ), с широким спектром биохимического и метаболического действия, содержащим комплекс аминокислот и коферментных форм витаминов (100 мг L-карнитина, 50 мг лизина, 1 мг кофермента В12, 50 мг кофермента В1, 50 мг кофермента В6), которые потенцируют фармакодинамические эффекты друг друга. В группе сравнения находились 35 больных ХКВ, получавших традиционную терапию (делагил, ангиопротекторы, аевит, гепатопротекторы, фотозащита, наружная терапия).

Эффективность лечения оценивали по биохимическим параметрам крови (уровень NO, интенсивности ПОЛ, состоянию АОЗ) и динамике клинической картины у больных ХКВ. Уровень NO в крови (в мкмоль/л) оценивали по конечным продуктам его метаболизма – нитритам (NO₂), используя методику L.C.Green et al. [1982] в модификации П.П. Голикова [2000] с применением реактива Гриса [3]. На автоматическом аминокислотном анализаторе «ААА339М-Microtechna» (Чехия) изучали содержание аргинина (Арг) в плазме (в мг/л), свободной аминокислоты, предшественника NO. Концентрацию циклического гуанозинмонофосфата (цГМФ) в плазме крови (в пкмоль/мл), который является вторичным мессенджером NO, определяли радиоиммунным методом (счетчик «Гамма-800», Украина, наборы «Amercham», Великобритания). Интенсивность ПОЛ оценивали по уровню продуктов липопероксидации в крови: параллельно определяли концентрацию гидроперекисей (диеновых конъюгат – ДК) и уровень вторичного продукта ПОЛ – малонового диальдегида (МД). Перекисный гемолиз эритроцитов (ПГЭ)

оценивали колориметрически на “КФК-2” (Россия) по экстинции внеэритроцитарного гемоглобина, попадающего в среду вследствие спонтанного лизиса мембран эритроцитов, вызванного ПОЛ кислородом воздуха. Состояние АОЗ оценивали по активности каталазы (Кат), супероксиддисмутазы (СОД), количественного определения α -токоферола (ТФ).

Результаты и их обсуждение

В результате проведенных нами исследований до лечения у больных ХКВ установлено изменение содержания показателей ПГЭ ($KW=3,89$, $p=0,048$), АОА ($KW=6,78$, $p=0,009$), СОД ($KW=4,51$, $p=0,034$), ТФ ($KW=6,23$, $p=0,013$), ДК ($KW=5,31$, $p=0,021$). При сопоставлении результатов исследований выявлено, что у здоровых уровень нитритов/нитратов в крови составлял $4,3\pm 0,15$ мкмоль/л, при ХКВ – $4,89\pm 0,15$ мкмоль/л, ($p<0,001$). У больных ХКВ изменялся метаболизм NO, что проявлялось увеличением соотношения $NO_2/цГМФ$. Были проведены корреляционные сопоставления показателей метаболизма NO с параметрами ПОЛ и АОЗ у больных ХКВ. Уровень вторичного мессенджера NO цГМФ обратно коррелировал со значениями ПГЭ ($r=-0,238$, $p=0,022$), а прямо – с активностью СОД ($r=+0,229$, $p=0,027$).

Через 4 недели метаболической терапии был проведен анализ динамики клинико-лабораторных изменений в основной группе и группе сравнения. В основной группе у больных отмечалась более выраженная тенденция к нормализации показателей ПГЭ ($p=0,001$), Дк ($p=0,031$), NO_2 ($p=0,0008$), СОД ($p=0,0011$), уменьшалось соотношение $NO_2/цГМФ$ ($p<0,001$). Уровень нитритов/нитратов в крови составлял $4,44\pm 0,15$ мкмоль/л, при ($p<0,001$). Выявленные изменения сопровождались отчетливым клиническим эффектом после проведенного лечения: уменьшение или исчезновение инфильтрации, эритемы, фолликулярного гиперкератоза. У больных основной группы в меньшей степени, по сравнению с группой, получавшей традиционное лечение, формировались явления рубцовой атрофии.

Выводы

Кардонат действует как эндогенный фотопротектор, обладая антиоксидантным действием вследствие модуляции обменных реакций, уменьшает явления тканевой гипоксии, нормализует процессы перекисного окисления липидов и стабилизирует состояние клеточных мембран. Комплексная МТ с использованием кардоната моделирует систему оксида азота, активация которой при КВ приводит к существенному повышению ПОЛ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ванин А.Ф. Оксид азота в биомедицинских исследованиях // Вестн. Рос. АМН.-2000.-№4.-С.3-5.
2. Дядык А.И., Багрий А.Э. Системная красная волчанка: Монография / Донецк: Регион, 2003.- 464с.
3. Клебанов Г.И., Бабенкова И.В., Теселкин Ю.О. и др. Оценка антиокислительной активности плазмы крови с применением желточных липопротеидов // Лабор. дело.–1988.-№5.–С.59-62.
4. Синяченко О.В., Звягина Т.В Оксид азота в терапевтической практике. Донецк.: Юго-Восток. - 2001. - 257с.
5. Das. U.N. Oxidants, anti-oxidants, essential fatty acids, eicosanoids, cytokines, gene/oncogene expression and apoptosis in systemic lupus erythematosus. // J. Assoc. Physicians India. – 1998. – Vol.46., №7. – P. 630-634.
6. Eguchi K. Apoptosis in autoimmune diseases. // Intern. Med. – 2001. – Vol.40, №4. – P.275-284.
7. Wanchu A., Khullar M., Deodhar S.D., Bambery P., Sud A. Nitric oxide synthesis is increased in patients with systemic lupus erythematosus // Rheumatol. Int.-1998.-Vol.18. N2.-P.41-43.

Metabolic therapy of lupus erythematosus patients

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – study the effectiveness of the treatment of patients with chronic lupus erythematosus using a complex metabolic, antioxidant drug Cardonat.

Materials and methods. The study included 122 patients with chronic lupus erythematosus - 43 men and 79 women, aged from 15 to 62 years. Patients were divided into two groups representative. Basic - 87 people, a comprehensive treatment that includes traditional therapy and medication metabolic action - Cardonat, control group - 35 patients lupus erythematosus using receiving only traditional therapy.

Results and discussion. The efficiency of metabolic therapy in chronic lupus erythematosus. The results of studies of patients with chronic lupus erythematosus, studied the system of nitric oxide, lipid peroxidation, antioxidant protection.

Conclusions. Integrated MT using Cardonat simulates the system of nitric oxide, which when activated LE leads to a significant increase in lipid peroxidation.

Keywords: chronic lupus erythematosus, metabolic therapy, lipid peroxidation.

Горбенко Ал.С.

СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В РАЙОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Резюме

Цель исследования - изучить особенности влияния стресса на клинические проявления, течение и ответную реакцию на терапию аллергодерматозов (АлД) у пациентов, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находились 50 больных АлД, в возрасте от 19 до 75 лет, в т.ч. мужчин - 20, женщин – 30. Степень выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis). Распространенность дерматоза определяли по индексу BSA (Body Surface Area). Для оценки психо-эмоциональных нарушений и депрессивного спектра применяли клинко-психопатологические методы - шкалу самоотчета Simptom Check List 90R (SCL-90R). Терапию АлД проводили в соответствии с принятыми стандартами лечения в зависимости от тяжести дерматоза и с включением в комплексную терапию дневного анксиолитика.

Результаты и их обсуждение. При анализе анамнеза выявлено, что у 35 (70%) больных дебюту заболевания и/или началу обострения предшествовал стресс (ночные обстрелы, утрата жилья, работы и др.), одинаково часто при всех нозологических формах. При анализе клинических проявлений АлД установлено, что распространенным (BSA более 10,0) процесс был у 48 (96%) больных, ограниченным - 2 (4%). При анализе степени выраженности симптомов индекс SCORAD до 10 баллов был у 36 (72%) больных, свыше 10 - у 14 (28%).

Выводы. 1. Выявленные у пациентов АлД нарушения психоэмоционального состояния обосновывают целесообразность коррекции лечебной тактики и назначения дневного анксиолитика в комплексном лечении дерматоза. 2. Показана эффективность разработанного подхода к лечению больных АлД.

Ключевые слова: аллергодерматозы, стресс.

В последние годы среди дерматологических больных отмечают увеличение числа психосоматических заболеваний, в развитии которых

ведущую роль отводят психотравмирующим воздействиям и хроническому стрессу [1,4]. Развивающиеся вследствие этого психосоматические расстройства могут влиять как на течение дерматозов, так и на эффективность проводимой терапии, что требует коррекции лечебно - профилактических мероприятий.

Цель исследования - изучить особенности влияния стресса на клинические проявления, течение и ответную реакцию на терапию аллергодерматозов (АлД) у пациентов, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 50 больных АлД, в возрасте от 19 до 75 лет, в т.ч. мужчин - 20, женщин - 30, страдающих экземой- 30 чел., атопическим дерматитом - 10 больных, нейродерматитом - 7, аллергическим контактным дерматитом - 3 больных.

Протокол исследования включал изучение жалоб, анализ анамнеза заболевания и жизни, клинический осмотр с определением дерматологических индексов, лабораторно-инструментальное обследование (общий анализ крови, мочи, билирубин, трансаминазы, глюкоза крови, СРБ и др.).

Степень выраженности симптомов определяли по шкале SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis). Распространенность дерматоза определяли по индексу BSA (Body Surface Area). Для оценки психо-эмоциональных нарушений и депрессивного спектра применяли клинико-психопатологические методы - шкалу самоотчета Simptom Check List 90R (SCL-90R).

Терапию АлД проводили в соответствии с принятыми стандартами лечения в зависимости от тяжести дерматоза и с включением в комплексную терапию дневного анксиолитика.

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

При анализе нозологических форм АлД установлено преобладание в наших наблюдениях больных с экземой - 30 (60%) и атопическим дерматитом - 10 (20%). Нейродерматит был у 7 (14%), аллергический контактный дерматит - у 3 (6%) пациентов.

При анализе анамнеза выявлено, что у 35 (70%) больных дебюту заболевания и/или началу обострения предшествовал стресс (ночные обстрелы, утрата жилья, работы и др.), одинаково часто при всех нозологических формах.

При анализе клинических проявлений АлД установлено, что распространенным (BSA более 10,0) процесс был у 48 (96%) больных, ограниченным - 2 (4%).

При анализе степени выраженности симптомов индекс SCORAD до 10 баллов был у 36 (72%) больных, свыше 10 - у 14 (28%).

У всех обследуемых пациентов по шкалам самоотчета SCL-90R показатели фобической тревожности, соматизации, нарушения депрессивного спектра были повышены в 2 и более раза, по сравнению с нормативными значениями ($p < 0,05$). Общий индекс тяжести GSI превышал нормативные значения у 43 (86%), что свидетельствовало о тяжести психоэмоционального состоянии больных.

Выявленные изменения послужили обоснованием включению в комплексную терапию больных АлД дневного анксиолитика Адаптола, который назначали по 500 мг 3 раза в день в течение 1 месяца.

Анализ ближайших результатов лечения показал высокую эффективность разработанного метода.

Отмечалось значительное улучшение состояния больных (исчезновение тревоги, страха, уменьшение интенсивности зуда). Положительная динамика клинических симптомов АлД подтверждалась снижением индекса SCORAD у всех наблюдаемых пациентов. При легком течении АлД индекс SCORAD снизился с $8,5 \pm 1,2$ до $1,6 \pm 0,8$ баллов, при среднетяжелом и тяжелом течении - с $38,6 \pm 1,8$ до $6,4 \pm 1,2$ баллов.

Выводы

1. Выявленные у пациентов АлД нарушения психоэмоционального состояния обосновывают целесообразность коррекции лечебной тактики и назначения дневного анксиолитика в комплексном лечении дерматоза.

2. Показана эффективность разработанного подхода к лечению больных АлД.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Львов А.Н. Психические расстройства в дерматологической практике. – М., 2006.- 54 с.

2. Сизова Ж.М., Лapidус Н.И. Депрессии в практике врача-терапевта. – М., 2009.- 43 с.

3. Тарабина Н.В. Практикум по психологии посттравматического стресса.- СПб: Питер, 2001.-272с.

4. Эрнандес Е.И. Стресс и его влияние на кожу. - М,2013. -40 с.

Gorbenko A.I.S.

Stress-induced features of current and treatment of allergic patients living in a war zone

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to study the features of influence of stress on clinical manifestations, course and response to therapy of allergic (ALD) in patients living in the combat zone.

Materials and methods. Under observation were 50 patients with ALD, ranging in age from 19 to 75 years, including men - 20, women – 30. The severity of symptoms was determined according to the scale SCORAD (Severity Scoring of Atopic Dermatitis). The prevalence of dermatosis was determined by the index BSA (Body Surface Area). To assess the psycho-emotional disorders, and depressive spectrum used clinical-psychopathological methods, the scale of self-report Symptom Check List 90R (SCL-90R). Therapy of ALD was carried out in accordance with accepted standards of treatment depending on the severity of the dermatosis and with the inclusion in the complex therapy of the daytime anxiolytic.

Results and discussion. In the analysis of the anamnesis revealed that 35 (70%) patients the disease onset and/or onset of deterioration was preceded by stress (night attacks, loss of housing, employment, etc.), equally often in all nosological forms. In the analysis of clinical manifestations of ALD is established that common (BSA more than 10.0), the process was in 48 (96%) patients;

limited - 2 (4%). When analyzing the severity of the symptoms of the SCORAD index to 10 points was 36 (72%) patients, more than 10 to 14 (28%).

Conclusions. 1. Identified in patients of ALD violations of psycho-emotional state explain the necessity of the correction of therapeutic tactics and purpose of the daytime anxiolytic in treatment of dermatosis.

2. The efficiency of the developed approach to the treatment of patients with ALD.

Keywords: allergodermatoses, stress.

Горбенко Ан.С.

АЛГОРИТМ ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ СОСУДИСТЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПРИ НЕКОТОРЫХ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗАХ И НОВООБРАЗОВАНИЯХ КОЖИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – выявить характерные дерматоскопические сосудистые признаки некоторых хронических дерматозов.

Материалы и методы исследования. Проведен ретроспективный анализ дерматоскопических (сосудистого, пигментного, обусловленного нарушениями кератинизации и изменениями придатков кожи) признаков у 182 больных хроническими дерматозами, в т.ч. псориазом – 21 больной, красным плоским лишаем – 15 больных, атопическим диффузным нейродермитом – 16 больных, дискоидной красной волчанкой – 12 больных, акне – 18 больных, кератоакантомой -5 больных, базалиомой – 26 больных, меланомой – 6 больных, невусами – 26 больных, вирусными дерматозами – 21 больной, гемангиомами – 16 больных.. Исследования проведены с помощью дерматоскопа HEINE DELTA 20 и FotoFinder handyscope. Результаты исследования обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Сравнительный анализ отобранных дерматоскопических признаков показал высокую значимость изменений, связанных с сосудистым компонентом. Выделены 12 основных дерматоскопических признаков сосудистых поражений кожи: красные лакуны, древовидно разветвленные сосуды, венцеобразно расходящиеся сосуды, красные кольцевидные сосуды, сосуды в виде запятых, точек, восклицательных знаков, шпилькообразные, сосуды-клубочки, штопорообразные сосуды, типичная и атипичная сосудистая сетка. Показано доминирование того или иного сосудистого признака в зависимости от нозологии дерматоза и активности процесса.

Выводы. Выявленные сосудистые дерматоскопические признаки, в сопоставлении с анализом клинических изменений, могут способствовать оптимизации лечебно-диагностической тактики.

Ключевые слова: хронические дерматозы, новообразования кожи, дерматоскопические признаки, сосудистый признак.

Дерматоскопия, или дермоскопия, или поверхностная эпилюминисцентная микроскопия кожи представляет собой новый

неинвазивный оптический метод диагностики состояния кожи, позволяющий визуализировать изменения в эпидермисе, дерме, гиподерме, сосудах поверхностного микроциркуляторного русла кожи, придатков кожи (желез, волос, ногтей) [1, 3, 5]. Дерматоскопия в клинической практике появилась сравнительно недавно и первоначально ее широко использовали для ранней диагностики самой злокачественной опухоли кожи – меланомы. Однако в последние годы метод получил широкое распространение в практической дерматологии из-за его информативности, неинвазивности и доступности в амбулаторной практике вследствие появления различных оптических портативных устройств [4]. Несмотря на широкое использование дерматоскопии, лишь немногочисленные работы посвящены оценке дермоскопических признаков при различных воспалительных дерматозах. Наиболее исследован пигментный признак, позволяющий дифференцировать меланоцитарные меланомоопасные и меланомонеопасные невусы, а также на ранней стадии заподозрить меланому, даже при атипичном ее варианте [2]. В то же время сосудистый признак, отражающий воспалительный характер сыпи и меняющийся в зависимости от активности воспалительного процесса изучен недостаточно, в связи с чем и предпринято данное исследование.

Цель исследования – выявить характерные дермоскопические сосудистые признаки некоторых хронических дерматозов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ дермоскопических признаков у 182 больных хроническими дерматозами и новообразованиями кожи, в т.ч. псориазом – 21 больной, красным плоским лишаем – 15 больных, atopическим диффузным нейродермитом – 16 больных, дискоидной красной волчанкой – 12 больных, акне – 18 больных, кератоакантомой – 5 больных, базалиомой – 26 больных, меланомой – 6 больных, невусами – 26 больных, вирусными дерматозами – 21 больной, гемангиомами – 16 больных.

Оценивали следующие дерматоскопические признаки: сосудистый, пигментный, обусловленные нарушениями кератинизации и изменениями придатков кожи.

Исследования проведены с помощью дерматоскопа HEINE DELTA 20 и FotoFinder handyscope.

Результаты исследования обработаны статистически. Статистический анализ проведен с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel 2007 на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Проведен 2-х этапный алгоритм дерматоскопического обследования, при котором на первом этапе оценены все дерматоскопические признаки и выделены наиболее значимые; на втором этапе проведен анализ сосудистых дерматоскопических признаков и выделены среди них наиболее характерные группы.

Сравнительный анализ отобранных дерматоскопических признаков показал при всех изучаемых дерматозах высокую значимость изменений, связанных с сосудистым компонентом.

Выделены 12 основных дерматоскопических сосудистых признаков изученных поражений кожи: 1) красные лакуны, 2) древовидно разветвленные сосуды, 3) венцеобразно расходящиеся сосуды, 4) красные кольцевидные сосуды, 5) сосуды в виде запятых, 6) сосуды в виде точек, 7) сосуды в виде восклицательных знаков, 8) шпилькообразные сосуды, 9) сосуды-клубочки, 10) штопорообразные сосуды, 11) типичная сосудистая сетка, 12) атипичная сосудистая сетка.

Дерматоскопический сосудистый признак в виде красных лакун проявлялся четко ограниченными красными или красно-голубыми лакунами, со склонностью к группировке и наиболее часто встречался при гемангиомах, кератоакантоме, базалиомах, бородавках и контагиозном моллюске.

Дермоскопический сосудистый признак в виде древовидно разветвленных сосудов был характерным для базалиом, независимо от их клинической разновидности.

Дермоскопический сосудистый признак в виде венцеобразно расходящихся сосудов наиболее часто встречался при гиперплазии сальных желез и акне.

Дермоскопический сосудистый признак в виде красных кольцевидных сосудов наиболее часто выявляли при контагиозном моллюске, реже – при псориазе и красном плоском лишае.

Дермоскопический сосудистый признак, при котором сосуды были в виде запятых, более часто выявляли при эпидермальных и диспластических невусах, красном плоском лишае, дискоидной красной волчанке.

Дермоскопический сосудистый признак, при котором сосуды были в виде точек (красные точки и глобулы), выявляли при бородавках, псориазе, базалиоме, дискоидной красной волчанке.

Дермоскопический сосудистый признак, при котором сосуды были в виде восклицательных знаков, выявляли при красном плоском лишае, atopическом нейродермите, акне.

Дермоскопический сосудистый признак в виде шпилькообразных сосудов был характерным для себорейного кератоза, бородавок, меланомы.

Дермоскопический сосудистый признак в виде сосудов-клубочков был характерным для atopического нейродермита, псориаза, красного плоского лишая, дискоидной красной волчанки, меланомы.

Дермоскопический сосудистый признак в виде штопорообразных сосудов, с характерными утолщенными и спиралевидно скрученными сосудами, выявляли при меланоме кожи.

Дермоскопический сосудистый признак в виде типичной сосудистой сетки был характерным для псориаза, красного плоского лишая, дискоидной красной волчанки.

Дерматоскопический сосудистый признак в виде атипичной сосудистой сетки выявляли при меланоме, базалиоме, диспластических невусах.

Показано доминирование того или иного сосудистого признака в зависимости от нозологии дерматоза и активности процесса.

Выводы

Выявленные сосудистые дерматоскопические признаки, в сопоставлении с анализом клинических изменений, могут способствовать оптимизации лечебно-диагностической тактики.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Коровин С.И., Литус А.И., Литвиненко Б.В. и др. Дерматоскопия меланомы кожи: прикладное значение и перспективы//Клиническая онкология. – 2012. - № 8 (2). – С. 28-32.
- 2.Потекаев Н.Н. Алгоритм диагностики меланомы кожи//Косметика&медицина. – 2012. - №2. – С. 20-27.
3. Практическая дерматология/Под ред. проф. Л. А. Болотной. – ХМАПО, 2015. – 272 с.
4. Bowling J., Argenziano G., Azenha A., Bandic J. et al. Dermoscopy key points: recommendations from the international dermoscopy society//Dermatology. – 2007. – Vol.214, N 1. – P. 3-5.
5. Zalaudek I., Ferrara G., Argenziano G., Kerl H. Three important rules in dermatoscopy//J. Dtsch. Dermatol. Ges. – 2007. – Vol.5, N5. – P. 422-423.

Gorbenko An.S.

Algorithm of dermatoscopic studies of vascular changes in some chronic dermatoses and skin tumors

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – identify specific dermatoscopic vascular features of some chronic dermatoses.

Materials and methods. A retrospective analysis dermatoscopic (vascular, pigment due to disturbances of keratinization, and changes in skin appendages) symptoms was made in 182 patients with chronic dermatoses, including psoriasis - 21 patients, lichen planus - 15 patients, atopic neurodermatitis diffuse - 16 patients, discoid lupus erythematosus - 12 patients, acne - 18 patients, keratoacanthoma -5 patients, basal cell carcinoma - 26 patients, melanoma - 6 patients, nevi - 26 patients , viral dermatoses - 21 patients, hemangiomas - 16 patients. Research conducted by a dermatoscope HEINE DELTA 20 and FotoFinder handyscope. The research results were processed statistically.

Results and discussion. Comparative analysis of selected dermatoscopic signs showed highly significant changes associated with a vascular component. Allocated 12 major dermatoscopy signs of vascular lesions of the skin: red gaps, tree-like branched vessels, spindle divergent vessels, red annular vessels, blood vessels in the form of commas, periods, exclamation marks, hairpin, vessels, glomeruli, corkscrew vessels, typical and atypical vascular net. Shown dominance of a vascular characteristic depending on the dermatosis and process activity.

Conclusions. Identified dermatoscopic vascular symptoms in comparison with the analysis of clinical changes can help to optimize diagnostic and treatment tactics.

Keywords: chronic dermatoses, skin tumors, dermatoscopic symptoms, vascular sign.

Давлеева М.Д.

ВОЗМОЖНОСТИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ В СТОМАТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Резюме

Цель исследования – оценка эффективности фотодинамической терапии (ФДТ) с локальным применением фотосенситайзера (раствор толуидина синего) в лечении язвенных поражений слизистой полости рта.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 40 пациентов с различными эрозивно-язвенными поражениями слизистой, получавших фотодинамическую терапию. Эффективность оценивали по динамике уменьшения интенсивности и основных клинических симптомов эрозивно-язвенных поражений. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Среднее количество процедур составило $4,0 \pm 1,5$. Средняя продолжительность лечения $12 \pm 0,5$ дня. При оценке результатов было установлено, что полная эпителизация эрозивно-язвенных дефектов наступала у 93% пациентов.

Выводы. На основании результатов лечения можно сделать вывод о высокой эффективности данного метода лечения, отсутствия побочных эффектов.

Ключевые слова: эрозивно-язвенные поражения слизистой, фотодинамическая терапия.

Эрозивно-язвенные поражения слизистой – заболевания, различного генеза объединенные по морфологическому признаку и представленные эрозиями, афтами, язвами слизистой полости рта. Трудности терапии данных заболеваний связаны с возрастающей антибиотикорезистентностью, снижением механизмов общего и местного иммунитета, устойчивостью к общепринятой терапии (1,3). Выраженный болевой синдром, риск малигнизации, резкое снижение показателей качества жизни пациентов диктует необходимость новых методов лечения, в частности, фотодинамической терапии с использованием локального фотосенситайзера [2,3].

ФДТ основана на активации фотосенсибилизатора световым излучением необходимой длиной волны для получения реактивных форм кислорода (синглетных форм, суперокиси), которые быстро вступают в реакцию с компонентами мембран патологически измененных клеток, вызывая их повреждение и гибель [2,5,6]. ФДТ купирует воспалительный процесс при эрозивно-язвенных поражениях слизистой полости рта, способствует очищению очагов поражения от продуктов распада, а также уменьшению содержания в пораженных участках медиаторов воспаления [2,3]. Другие факторы воздействия ФДТ на раневой процесс: уменьшение продукции выработки цитокинов и факторов роста, восстановление угнетенных ранее репаративных процессов. Эти изменения носят локальный характер и не оказывают существенного воздействия на окружающие здоровые клетки [2,3,4]. Воздействие ФДТ на длительно незаживающие эрозии и язвы приводит к последовательному сокращению всех фаз заживления длительно незаживающих эрозий и язв [2,5,6].

Преимуществом данного метода лечения можно считать хорошую переносимость, отсутствие побочных эффектов, минимальный риск осложнений благодаря локальному воздействию.

Цель исследования – оценить эффективность ФДТ с использованием фотосенситайзера в лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 45 пациентов: мужчин 25 (55,5%), женщин 20 (44,5%) в возрасте до 50 лет с различными эрозивно-язвенными поражениями слизистой полости рта: герпетический стоматит – 15 (33,3%), язвенно-некротический стоматит – 15 (33,3%), красный плоский лишай эрозивно-язвенная форма – 15 (33,3%). Все пациенты были разделены на 2 группы: 1 – контрольная 15 (33,3%), в которой пациентам проводилась традиционная терапия: антимикробные препараты, иммуномодуляторы, противовоспалительная терапия и 2 – опытная группа 30 (66,6%), которым проводилась фотодинамическая терапия с применением аппарата Fotosan с

длиной волны 635 нм, и местно применялся фотосенситайзер – раствор толуидин синий 0,1 мг/мл. Пораженную поверхность слизистой обрабатывали раствором фотосенситайзера в течении 5 минут, после подвели наконечник аппарата Fotosan, который обеспечивал на поверхности слизистой пятно лазерного излучения диаметром до 0,5 см. Время экспозиции составляло 3 минуты. После проведения процедуры пораженные участки промывали большим количеством воды. Количество процедур составляло от 3 до 5 с интервалами в 3-5 дней, в зависимости от тяжести патологического процесса. Лечение проводилось в амбулатории.

Результаты и их обсуждение

У всех пациентов опытной группы на вторые сутки после начала лечения отмечалось значительное улучшение: уменьшались болевые ощущения, сокращались края эрозивно-язвенных дефектов и в дальнейшем явления воспаления были купированы на 3-5 сутки. На 6-7 сутки поверхность дефектов полностью очищалась от налета, площадь поражений сокращалась примерно на 1/3. На 8-10 сутки у 28 (93%) из 30 пациентов опытной группы отмечалась полная эпителизация эрозивно-язвенных дефектов, полностью отсутствовали явления эксудации. У пациентов контрольной группы отмечалось значительно более медленная динамика разрешения патологического процесса: еще на 5-7 сутки сохранялись болезненные ощущения, явления воспаления. На 10 сутки сохранялись отмечены только начальные явления эпителизации при наличии воспалительных явлений. Полная эпителизация пораженных участков происходило на 15 сутки и только у 11(73%) из 15 пациентов.

Выводы

Таким образом, полученные данные свидетельствует о высокой эффективности фотодинамической терапии с использованием локальных фотосенситайзеров и может служить основанием для широкого клинического применения данного метода в лечении эрозивно-язвенных поражений слизистой полости рта.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Дедова Л.Н., Федорова И.Н.. Систематизация эрозивно- язвенных поражений слизистой полости рта// Стоматология.- 2011.-Л.3- С. 44-47.
2. Салин А., Стацько А.А. Основные направления фотодинамической терапии в медицине// Новости хирургии .-2008.-Л3.- С. 155-162.
3. Орехова Л.Ю., Лукашенко А.А., Пушкарев О.А. Фотодинамическая терапия в клинике терапевтической стоматологии// Клин. Стоматология.- 2009.- №1.- С.26-30.
4. George P. Hamblin. Tegos P. Phenothiazinium Antimicrobial Photosensitizers Are Substrates of Bacterial Multidrug Resistance Pumps//Antimicrob Agents Chemother/- 2006.-Vol.50.-№1.- P.196-203.
5. Hamblin M.R., Hasan T. Photodynamic therapy: a new antimicrobial approach to infectious disease// Photochem. Photobiol.Sci-2004.-Vol.3.-P.436-450
6. Maisch T., Bosl C. Antibacterial photodynamic therapy. A new treatment for bacterial skin diseases//Hautarzt.-Vol.56.-№11.- P.1048-1055.

Davleeva M.D.

Features photodynamic therapy in dental practice

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The aim of the study - is evaluation of the effectiveness of photodynamic therapy (PDT) with the use of local fotosensitizer (solution of toluidine blue) in the treatment of ulcerative lesions of the oral mucosa.

Materials and methods. We observed 40 patients with a variety of erosive and ulcerative mucosal lesions treated with photodynamic therapy. Efficacy was assessed by the dynamics of reducing the intensity of the main clinical symptoms and erosive and ulcerative lesions. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. The average number of procedures was 4.0 +/- 1.5. The average duration of treatment of 12 +/- 0.5 days. In evaluating the results, it was found that complete epithelialization of erosive and ulcerative defect occurs in 93% of patients.

Conclusions. Based on the results of treatment can make a conclusion about high efficiency of this method of treatment, no side effect it.

Keywords: erosive and ulcerative lesions of the mucous, photodynamic therapy.

Заблоцкая А.Г.

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОГРАНИЧЕННЫХ ФОРМ ПУСТУЛЕЗНОГО ПСОРИАЗА У ЛИЦ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – изучить эффективность локальной UVA-фототерапии в комплексном лечении больных ограниченным пустулезным псориазом с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования. 32 больных ограниченным пустулезным псориазом разделены на 2 группы сравнения: основная (21чел.), комплексная терапия которых включала локальную UVA-фототерапию; группа сравнения (11чел.), леченных традиционно. Эффективность терапии оценивали по анализу ближайших и отдаленных результатов лечения. Результаты исследования обработаны статистически на персональном компьютере по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение. Клинико-анамнестический анализ показал, что эндокринные нарушения отмечены у 87,5% больных, наиболее часто у женщин (у 88,5%). Избыточную массу тела при этом имели 65,6% больных, несколько чаще женщины, чем мужчины: 73,1% и 33,3% больных соответственно. При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения отмечен лучший результат у тех пациентов, комплексная терапия которых включала UVA-фототерапию. Ремиссия в конце курса лечения достигнута у 60% больных псориазом, в т.ч. у 70% больных основной группы и у 50% – в группе сравнения. Стойкий клинический результат в течение 1 года наблюдали у 81,25% больных, в т.ч. у 85,7% пациентов основной группы и лишь у 72,7% – в группе сравнения.

Выводы. Включение UVA-фототерапии в терапию ограниченного пустулезного псориаза существенно повышает ее эффективность, увеличивает продолжительность ремиссии. UVA-фототерапия отличается хорошей переносимостью и может быть использована в амбулаторной практике лечения больных.

Ключевые слова: пустулезный псориаз, избыточный вес, лечение, UVA-фототерапия.

Актуальность проблемы псориаза связана с распространенностью дерматоза, хроническим рецидивирующим характером течения, недостаточной

эффективностью терапии, особенно атипичных и редких вариантов заболевания, к которым относят пустулезные формы [6, 9, 10]. Выделяют 2 пустулезные формы псориаза: генерализованную, описанную впервые Zumbusch в 1910 г. и ограниченную – пустулезный псориаз ладоней и подошв, описанную впервые Barber в 1930 г. [2].

Пустулезный псориаз, по описанию большинства авторов, дебютирует в возрасте 15-35 лет, на фоне разнообразных неблагоприятных экзо- или эндогенных факторов, в первую очередь, нервно-психических, инфекционных или гормональных [1, 4, 8]. В отличие от мономорфной сыпи при классическом псориазе, в этом случае на гиперемизированном фоне возникают поверхностные нефолликулярные пустулы, мелкие - до 0,3 см в диаметре, склонные к слиянию, с образованием «гнойных озер», при этом содержимое пустул всегда стерильно [3, 5], характерными гистологическими признаками пустулезного псориаза, наряду с типичными микроабсцессами Мунро, являются спонгиозформные пустулы Когоя и умеренный лимфо-гистиоцитарный инфильтрат [2, 3, 4].

Генерализованный пустулезный псориаз протекает тяжело, сопровождается высокой лихорадкой, нарушением общего состояния, часто – нефропатией, общей дистрофией, резкой болезненностью кожи [8, 12].

Ограниченный пустулезный псориаз ладоней и подошв может сочетаться с типичными псориазическими поражениями на коже, может быть изолированным и тогда его дифференцируют с бактериодом Эндрюса, нозологическая самостоятельность которого, по мнению многих авторов, сомнительна [2, 4]. Высыпания могут быть проявлением синдрома SAPHO (Synovitis, Acne, Pustulosis, Hyperostosis, Osteitis) [9]. Поражение кожи ладоней и подошв ограничивает работоспособность и оказывает огромное влияние на качество жизни пациента, что обуславливает медико-социальную значимость проблемы, диктует необходимость не только достижения стойкого клинического эффекта, но и последующего контроля за заболеванием [7, 12].

Известно, что каждый топографический регион кожи имеет свои особенности, влияющие как на особенности клинических проявлений

дерматоза, так и на ответную реакцию на терапию [2]. Кожа ладоней и подошв отличается более выраженным роговым слоем, большим количеством эккринных потовых желез, склонностью к активации условно-патогенных микроорганизмов и инфицированности патогенами [9, 10], что необходимо учитывать в лечебно-профилактической тактике.

UVA-фототерапия обладает выраженным противовоспалительным, антипролиферативным действием, подавляет каскад псориатического воспаления в дерме и нормализует пролиферацию и дифференцировку кератиноцитов [5]. Но лишь единичные работы посвящены изучению эффективности UVA-фототерапии в комплексном лечении больных ограниченным пустулезным псориазом.

Цель исследования - изучение эффективности UVA-фототерапии в комплексном лечении больных ограниченным пустулезным псориазом с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находились 32 больных ограниченным пустулезным псориазом в возрасте от 38 до 56 лет, с давностью заболевания от 3 до 18 лет, в т.ч. 26 (81,3%) женщин и 6 (18,7%) мужчин. 26 (81,25%) больным диагноз был подтвержден гистологически. Степень выраженности симптомов псориаза определяли по системе PASI [12]. Избыточная масса тела (ИМТ свыше 26) была у 21 (65,6%).

До начала терапии всех пациентов обследовали с определением общего клинического развернутого анализа крови, билирубина, трансаминаз, глюкозы, С-реактивного белка, креатинина, общего анализа мочи, УЗИ щитовидной железы, органов малого таза и брюшной полости; по показаниям – консультировали у смежных специалистов.

В зависимости от метода терапии больные были разделены на 2 группы сравнения: основная (21 чел., в т.ч. 15 – с избыточной массой тела), комплексная терапия которых включала применение UVA-фототерапии; группа

сравнения (11 чел., в т.ч. 6 – с избыточной массой тела), леченных традиционно. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам.

Традиционная терапия включала седативные, вазоактивные препараты, гепатопротекторы, наружную противовоспалительную и рассасывающую терапию [7, 9, 12]. Больные пустулезным псориазом с избыточной массой тела получали метформин по 1000 мг 1 р в день вечером в течение 3 месяцев. Локальная UVA-фототерапия была в виде фотованны с наружным фотосенсибилизатором. Режим лечения – 3 процедуры в неделю, на курс 18-20 процедур.

Эффективность лечения оценивали по анализу ближайших (динамика индекса PASI) и отдаленных результатов лечения (наличие и количество рецидивов в течение 1 года наблюдения).

Полученные результаты обрабатывали статистическими методами по общепринятым программам с помощью персонального компьютера.

Результаты и их обсуждение

Избыточную массу тела (ИМТ свыше 26) имели 21 (65,6%) больных, несколько чаще женщины, чем мужчины – 19 (73,1%) и 2 (33,3%) больных соответственно.

Проведенный клинико-anamнестический и гендерный анализ выявил некоторые особенности ограниченного пустулезного псориаза у мужчин и женщин (табл.1). Так, дебюту или обострению псориаза предшествовал стресс – у 21 (65,6%) больных, несколько чаще у женщин, чем у мужчин: у 18 (69,2%) и у 3 (50%) больных соответственно.

Таблица 1. Гендерные клинико-anamнестические особенности у больных пустулезным псориазом

Показатель	Всего, абс/% n =32	Женщины, абс/% n =26	Мужчины, абс/% n=6
Стресс как фактор дебюта/обострения	21/65,6	18/69,2	3/50,0
ХВГС	3/9,4		3/50,0

Климактерический синдром		23/88,5	
Токсический гепатит	1/3,1		1/16,7
Аутоиммунный тиреоидит	5/15,6	4/15,4	1/16,7

Обращало внимание, что пустулезный псориаз развился на фоне климактерического синдрома у 23 (88,5%) женщин, аутоиммунного тиреоидита – у 5 (15,6%) больных, одинаково часто у мужчин и у женщин – у 1 (16,7%) и 4 (15,4%) больных соответственно. Эндокринные нарушения отмечены у 28 (87,5%) больных, наиболее часто у женщин – у 23 (88,5%). Поражения печени были у 4 (12,5%) больных, только у мужчин, при этом у 3 (50%) из 6 мужчин был впервые выявленный хронический вирусный гепатит С (ХВГС) вне стадии репликации вируса.

Анализ клинических проявлений дерматоза также выявил некоторые гендерные особенности (табл.2). Так, изолированное поражение ладоней и подошв было у 18 (56,3%) больных, при этом у женщин почти в 2 раза чаще, чем у мужчин – 16 (61,5%) и 2 (33,3%) больных соответственно.

Таблица 2. Гендерные особенности клинических проявлений пустулезного псориаза

Признак	Всего, абс/% n =32	Женщины, абс/% n =26	Мужчины, абс/% n=6
Изолированное поражение ладоней и подошв	18/56,3	16/61,5	2/33,3
Сочетанное, с поражением псориазом типичных мест	14/43,7	10/38,5	4/66,7
Поражение суставов	12/37,5	8/30,8	4/66,7
Поражение ногтевых пластинок	18/56,3	13/50,0	5/83,3

У мужчин почти в 2 раза чаще отмечалось сочетание поражения ладоней и подошв с псориатическими бляшками типичных мест – у 4 (66,7%) больных, в то время как у женщин таких было лишь 8 (30,8%).

Индекс PASI в среднем составил $8,9 \pm 1,23$, в том числе $8,69 \pm 0,92$ – у женщин и $9,2 \pm 1,41$ – у мужчин, больных псориазом.

Переносимость лечения у всех пациентов была удовлетворительной.

При анализе ближайших и отдаленных результатов лечения отмечен лучший результат у тех пациентов, комплексная терапия которых включала UVA-фототерапию.

Регресс клинических симптомов псориаза (PASI 75%) наблюдали у всех больных в группах сравнения, однако более отчетливым он был у пациентов основной группы, комплексная терапия которых включала применение UVA-фототерапии. Полная ремиссия в конце курса лечения достигнута у 12 (60,0%) больных псориазом, в т.ч. у 8 (70,0%) больных основной группы и у 4 (50,0%) – в группе сравнения (табл. 3).

Таблица 3. Ближайшие результаты лечения у больных псориазом в группах сравнения.

Результат	Всего, абс/%, n = 32	Основная группа, абс/%, n = 21	Группа сравнения, абс/%, n = 11
Клиническая ремиссия	12/60,0	8/70,0	4/50,0
Значительное улучшение	12/21,7	9/23,3	3/20,0
Улучшение	8/18,3	4/6,7	4/30,0

Однако наиболее значимые отличия отмечены при анализе отдаленных результатов лечения. Так, ремиссия менее 1 года была у 6 (18,75%) больных, в т.ч. у 3 (14,3%) пациентов основной группы и у 3 (27,3%) – в группе сравнения. Ремиссия более 1 года наблюдали у 26 (81,25%) больных, в т.ч. у 18 (85,7%) пациентов основной группы и лишь у 7 (72,7%) – в группе сравнения.

Более выраженным и отчетливым терапевтический эффект был у больных основной группы, комплексная терапия которых включала UVA-фототерапию, а у 18 из 21 пациента этой группы, получавших метформин, отмечался более стойкий и длительный эффект. Известно, что в развитии псориаза играет роль механическое повреждение кожи, что особенно значимо при локализации псориазных поражений в области ладоней и подошв; стрептококковое и другое микробное суперинфицирование, что также значимо при локализации поражений в местах наиболее частой травматизации, особенно у лиц с метаболическими нарушениями, клиническим проявлением которого является избыточная масса тела [9, 10]. Поэтому, какие бы ни были патогенетические индивидуальные факторы развития псориаза, дополнительное антисептическое и ранозаживляющее действие усиливает эффективность терапии и повышает возможности практикующего дерматовенеролога.

Таким образом, анализ ближайших и отдаленных результатов лечения больных ограниченным пустулезным псориазом показал хорошую переносимость и эффективность UVA-фототерапии в комплексной терапии дерматоза.

Выводы

1. Клинико-anamнестический анализ показал, что эндокринные нарушения отмечены у 28 (87,5%) больных, наиболее часто у женщин – у 23 (88,5%). Избыточную массу тела при этом имели 21 (65,6%) больных, несколько чаще женщины, чем мужчины – 19 (73,1%) и 2 (33,3%) больных соответственно.

2. Включение UVA-фототерапии в комплексную терапию ограниченного пустулезного псориаза существенно повышает ее эффективность, увеличивает продолжительность ремиссии и снижает число рецидивов в 1,5-2 раза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Бахлыкова Е.А., Филимонова Н.Н., Матусевич С.А. и др. Генерализованный пустулезный псориаз Цумбуша, осложненный тромбозом

глубоких вен нижних конечностей//Клиническая дерматология и венерология. – 2015. - №1. – С. 39-43.

2. Дерматология Фицпатрика в клинической практике/Под ред. А.А.Кубановой и др.- Перевод с англ.В.П.Адаскевич. – М.: Изд-во «Бином», 2012. – С. 180-206.

3. Довжанский С.И., Утц С.Р. Псориаз или псориатическая болезнь. Саратов: Изд-во ун-та, 1992. – 175 с.

4. Каламкарян А.А., Мордовцев В.Н., Трофимова Л.Я. Клиническая дерматология: редкие атипичные дерматозы. – Ереван: «Айастан», 1989. – С 415-416.

5. Калюжная Л.Д., Гречанская Л.В., Петренко А.В. Роль рассасывающей терапии в лечении больных акне//Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. – 2014. - № 8(77). – С.2-3.

6. Клинические рекомендации. Дерматовенерология /Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143-153.

6. Кондратьева Н.Н., Рассказов Я.А., Бакулев А.Л. и др. Эффективность узкополосной средневолновой фототерапии в сочетании с цитостатической терапией при псориазе//Саратовский научно-медицинский журнал. – 2012. – Т.8, №2. – С.627-630.

7. Маштакова И.А. Случай генерализованного пустулезного псориаза//Дерматология и венерология. – 2014. - № 3(65). – С.64-66.

8. Практическая дерматология/Под ред. проф. Л. А. Болотной. – ХМАПО, 2015. – 272 с.

9. Fouere S., Adjadj L., Pawin H. How patients experience psoriasis: results from a European survey// JEADV. – 2005. – Vol. 19, N 3. – P. 2-6.

10. Katsambas A.D., Lotti T.M. European Handbook of Dermatological Treatments. - Springer-Verlag Berlin Heidelberg, 1999. - 384 p.

Zablotskaya A.G.

Features of clinic and treatment limited form of pustular psoriasis in persons with overweight

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – study the effectiveness of local UVA-phototherapy in treatment of patients with limited pustular psoriasis with overweight.

Materials and methods. 32 patients with limited pustular psoriasis divided into two comparison groups: primary (21 persons), Complex therapy which included local UVA-phototherapy; comparison group (11 persons), treated traditionally. Treatment efficacy was assessed by the analysis of short- and long-term results of treatment. The study results are statistically processed on a personal computer with standard programs.

Results and discussion. Clinical and anamnestic analysis demonstrated that endocrine abnormalities were noted in 87.5% of patients, most often in women (at 88.5%). Excess body weight at the same time were 65.6% of patients, slightly more women than men: 73.1% and 33.3%, respectively. In the analysis of short- and long-term results of treatment recorded the best score in those patients complex therapy which includes UVA-phototherapy. Remission at the end of treatment was achieved in 60% of patients with psoriasis, including 70% of patients the main group and in 50% - in the comparison group. Persistent clinical outcome at 1 year was observed in 81.25% of patients, including in 85.7% of patients the main group and in only 72.7% - in the comparison group.

Conclusions. Inclusion of UVA-therapy phototherapy of limited pustular psoriasis significantly increases its efficiency, increases the duration of remission. UVA-phototherapy differ well tolerated and can be used in outpatient treatment.

Keywords: pustular psoriasis, overweight, treatment, UVA-phototherapy.

Иванова И.П., Белик И.Е., Гупало Л.А., Гридасова В.Д.

СОВРЕМЕННЫЕ ЛАЗЕРНЫЕ ТЕХНОЛОГИИ В ЛЕЧЕНИИ ПОСЛЕДСТВИЙ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования - оценить эффективность лазерной фракционной технологии в лечении рубцов постакне.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 32 пациента с последствиями перенесенной угревой болезни (рубцы различных форм – атрофические, гипертрофические, застойные синюшные и гиперпигментированные пятна). Эффективность лечения оценивали по динамике улучшения вида рубцовых изменений кожи (максимальное сглаживание краев и дна рубцов, полное нивелирование грубой границы между атрофическим рубцом и здоровой кожей) улучшение цвета кожных покровов, полное исчезновение застойных и пигментных пятен. Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Среднее количество процедур составляло $6 \pm 2,8$. Средняя продолжительность лечения – $18 \pm 0,5$ недель. При оценке результатов было установлено, что у 91% пациентов наблюдалась положительная динамика в виде отличных и удовлетворительных результатов. У 9% выявлены неудовлетворительные результаты.

Выводы. На основании анализа результатов лечения можно сделать вывод о высокой эффективности фракционной лазерной технологии в лечении последствий угревой болезни.

Ключевые слова: угревая болезнь, рубцы постакне, фракционный лазерный фототермолиз.

Проблема лечения последствий угревой болезни одна из наиболее распространенных в дерматокосметологии. Нередко активные проявления угревой болезни в юном возрасте приводят к серьезным косметическим недостаткам, отражающихся на психоэмоциональном состоянии пациентов [1,2]. Используемые различные хирургические методы (дермабразия), глубокие химические пилинги не всегда эффективны, довольно травматичны, с болезненным послеоперационным периодом и долгим сроком реабилитации.

Для устранения подобных косметических недостатков с открытием лазерных технологий используется метод аблативного фракционного лазерного фототермолиза [1,4,5,6]. Сущность метода заключается в том, что происходит разделение лазерного луча на множество мелких лучей, позволяющих воздействовать на кожу не сплошым пятном, а своеобразной сеткой без потери мощности – «островковый тип воздействия». Фракционный фототермолиз основан на создании сетки из микроскопических дефектов на поверхности и в глубине кожи в результате разрушения (лизиса) тканей в ходе нагрева, вследствие поглощения лазерной энергии [1,6]. Эти микротермальные зоны повреждения создают идеальные условия для сокращения площади кожи в области рубца, в дальнейшем стимулируют образование нового коллагена и эластина. Метод эффективно устраняет дефекты кожи: выравнивает рельеф, восстанавливает упругость и эластичность, результативно перестраивает структурный каркас кожи, в результате чего происходит полное сглаживание атрофических и уплощение гипертрофических рубцов.

Преимущество метода – хорошая переносимость, отсутствие серьезных побочных эффектов, возможность амбулаторного применения и значительное улучшение качества жизни пациентов с проблемами постакне.

Цель исследования – оценить эффективность метода фракционного лазерного фототермолиза в лечении рубцов постакне.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением находилось 32 пациента в возрасте от 19 до 35 лет (женщин – 20, мужчин – 12) с последствиями перенесенной угревой болезни (рубцы различных форм – атрофические, гипертрофические, застойные и пигментные пятна, расширенные кожные поры). Всем пациентам с целью ликвидации косметических дефектов были назначены процедуры фракционного лазерного фототермолиза от 4-х до 8 Er- Yag лазером с длиной волны 2940 нм с использованием фракционной манипулы R₀₄ с длительностью импульса от 300 до 1000 мкс и величиной флюенса (количество лазерной энергии доставленной на единицу площади) от 5-20 Дж/ см².

Перед выполнением процедуры во избежание болевых ощущений на 30-40 минут наносили наружный анестетик – крем Dr. Cain (содержащий 10% лидокаина). Длительность процедуры колебалась от 20 мин до 1,5 часов в зависимости от площади поражения кожи. После окончания процедуры первые 3 дня для ускорения процессов эпителизации и регенерации кожи использовались: солкосерил гель, мазь, пантекрем, цикапласт, цикактив, обладающие смягчающим, заживляющим, увлажняющим действием. Процедуры фракционного лазерного фототермолиза проводились 1 раз в 1-1,5 месяца. Результаты лечения оценивались в соответствии с характеристиками: отличная, удовлетворительная, неудовлетворительная.

У 29 (91%) пациентов наблюдалась положительная динамика из них у 10 (31%) отмечены отличные результаты с максимально полным сглаживанием краев и дна рубцов, нивелирование грубой границы между рубцом и здоровой кожей, полное разрешение застойных, синюшных и пигментных пятен, сужение кожных пор, у 19 (59%) пациентов наблюдалась удовлетворительная динамика в виде неполного сглаживания рубцов, значительного улучшения цвета кожи, сужения пор, разрешения пигментных и застойных пятен и у 3 (9%) выявлены неудовлетворительные результаты: сохранение застойных и пигментных пятен, незначительное сглаживание рубцов в процессе лечения было связано с их выраженной глубиной и требовало значительно большего количества процедур.

Результаты и их обсуждение

Среднее количество процедур составило $6 \pm 2,8$. Средняя продолжительность лечения $18 \pm 0,5$ недель.

При клинической оценке результатов лечения была установлена положительная динамика в 91% случаев, отрицательная в 9%.

Выводы

Таким образом, предложенный метод лечения рубцов постакне с использованием фракционного лазерного фототермолиза является эффективной процедурой и способен привести кожу состояние близкое к идеальному. Может

применяться амбулаторно и значительно улучшает качество жизни пациентов перенесших угревую болезнь. В настоящее время метод востребован потребителями, что объясняет его частое применение в эстетической медицине.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Вихрева С.А. Лечение косметических дефектов кожи методом фракционного фототермолиза // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология. - 2007.-№1.- С.11-19.

2. Жигульцева Т.И., Таркаева Л.В. Дермабразия в коррекции косметических недостатков кожи // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000.-№1.-С.63-69.

3. Удотов О.П., Ковалькова Е.Г. Эрбиевый лазер как инструмент косметической хирургии // Журнал косметика и медицина. - 2000.-№2.- С.55-62.

4. Fife.D, Fitzpatrick L.S. Complication if fractional CO₂ laser resur facing: four cases.// Laser Surg . Med.- 2009.- №41.- P.179-184.

5. Lomeo G., Gassuto D. Gr: YaG versus CO₂ ablative fractional resurfacing a spite face study// Abstract presented at. American Society for Laser Medicine and Surgery Conference: 2008.- April 4.- P. 115-120.

6. Zelickson B., Walgrab S.Skin rejuvrenation Using Fractional Photothermolysis: Efficacy and Safety On. Cosmetic Aplpication of Laser and Light// Based Systemus.-2009.- P.255-270.

Ivanova I.P., Belik I.E., Gupalo L.A., Gridasova V.D.

Modern laser technologies in treatment consequences of acne

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – is to evaluate the effectiveness of the fractional laser technology in the treatment of post-acne scarring.

Materials and methods. We observed 32 patients undergoing the effects of acne (various forms of scarring - atrophic, hypertrophic, stagnant cyanotic and hyperpigmentation spots). Treatment efficacy was assessed by the dynamics of improving the appearance of scarring of the skin (maximum smoothing edges and bottom hems, complete leveling of the boundaries between

the coarse atrophic scars and normal skin) improved color of the skin, complete disappearance of stagnant and age spots. The data obtained were processed statistically.

Results and discussion. The average number of procedures was 6 ± 2.8 . The average duration of 18 ± 0.5 treatment- weeks. When evaluating the results, it was found that in 91% of patients had a positive dynamics in the form of excellent and satisfactory results. In 9% revealed poor results.

Conclusions. Based on the analysis of the results of treatment can be a platoon of high efficiency fractional laser technology in the treatment effects of acne.

Keywords: acne, post-acne scars, fractional laser photothermolysis.

Корчак И.В.

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕЧЕНИЯ УГРЕВОЙ БОЛЕЗНИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – провести сравнительный анализ особенностей клинических проявлений и течения угревой болезни (УБ).

Материалы и методы исследования. Комплексно обследованы 120 больных УБ.

Результаты и их обсуждение. Разработан метод оценки – определение индекса тяжести (ИТ), проведена сравнительная оценка тяжести течения УБ в различных регионах Донецкой области.

Выводы. Результаты исследования выявили более тяжелое течение УБ у лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах (промышленно развитых).

Ключевые слова: угревая болезнь, индекс тяжести.

УБ относят к одному из наиболее распространенных дерматозов в мире. Данное заболевание занимает первое место в структуре косметологической патологии и третье – по частоте обращаемости больных дерматологического профиля. Отмечается не только увеличение числа больных угревой болезнью, но и более тяжелое ее течение [1,2,3].

Цель исследования – провести сравнительный анализ особенностей клинических проявлений и течения (УБ) для разработки индивидуализированной комплексной патогенетической терапии УБ.

Материалы и методы исследования

Наблюдали 120 больных УБ, из них мужчин – 73 (60,8%), женщин – 47 (39,2%), в возрасте от 13 до 30 лет, с длительностью заболевания от 1 года до 10 и более лет. Все больные обследовались комплексно – клиническими и лабораторными методами, в т.ч. с привлечением смежных специалистов. Полученные результаты обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение

С 1992г. по 1995г. проведен сравнительный анализ особенностей клинических проявлений и течения УБ в различных регионах Донбасса: в экологически благополучных, преимущественно сельскохозяйственных (1-я группа больных) и в экологически неблагополучных промышленно развитых, где были сконцентрированы угольные шахты, металлургические комбинаты, коксохимические заводы и др. (11-я группа больных).

Для адекватных сопоставлений тяжести угревой болезни был разработан метод оценки – определение индекса тяжести (ИТ), основанный на определении площади поражения и морфологии сыпи (рис.1). В зависимости от ИТ выделили 4 степени поражения УБ: первая – ИТ до 15 баллов, вторая от 15 до 30 баллов, третья – от 31 до 45 баллов, четвертая – свыше 45 баллов

Балы	0	1	2	3	4
Папулы, пустулы Узлы Абсцессы Глубокие инфильтраты Флегмонизация Кисты Рубцы	Высыпания отсутствуют	Высыпания единичные	Высыпания умеренные	Высыпания значительные	Очень обильные высыпания
Площадь	0	до 25%	25-50%	51-75%	76-100%

	Баллы			
	Лицо и шея (ЛиШ)	Верхние конечности (ВК)	Грудь (Гр)	Спина (Сп)
Папулы, пустулы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Узлы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Абсцессы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Глубокие инфильтраты	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Флегмонизация	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Кисты	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Рубцы	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Суммарно	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”
Площадь	“ ”	“ ”	“ ”	“ ”

=	X	“ ” ” ” ” ”	“ ” ” ” ” ”	“ ” ” ” ” ”	“ ” ” ” ” ”
Коэффициент для каждого участка		0,1	0,2	0,3	0,4
=		“ ” ” ” ” ”	“ ” ” ” ” ”	“ ” ” ” ” ”	“ ” ” ” ” ”
Индекс тяжести		= (ЛиШ) _____	+ (ВК) _____	+ (Гр) _____	+ (Сп) _____
		= _____			

Рис.1. Метод оценки тяжести угревой болезни по расчету индекса тяжести (ИТ)

Преобладающее большинство больных в наших наблюдениях (74,2%) проживали в экологически неблагоприятных регионах области. При сравнительном анализе тяжести течения УБ выявлено, что максимальный ИТ (более 45 баллов) у больных 11-й группы констатирован в 2,3 раза чаще, чем в 1-й группе (14,6% и 6,45% соответственно). Больных с ИТ 31-45 баллов также было больше в 11-й группе, чем в 1-й (33,71% и 19,35% соответственно). Больных с ИТ 16-30 баллов было больше в 1-й группе, чем в 11-й (41,94% и 30,34% соответственно). И, наконец, с ИТ до 15 баллов в 1,5 раза было больше больных в 1-й группе, чем в 11-й (32,26% и 21,35% соответственно)

Выводы

Сравнительный анализ тяжести течения УБ в различных регионах Донецкой области выявил более тяжелое течение УБ у лиц, проживающих в экологически неблагоприятных регионах (промышленно развитых). Указанные обстоятельства должны учитываться при разработке индивидуализированной комплексной патогенетической терапии УБ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Адамаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые/ В.П. Адамаскевич.- М.: Медкнига; Н. Новгород: НГМА, 2005.- 160с.
2. Кубанова А.А. Современные особенности патогенеза и терапии акне/ А.А. Кубанова, В.А. Самсонов, О.В. Зобненкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2003.- №1.- с.9-15.

З.Суворова К.Н. Юношеские угри-клиника, патогенез, лечение/К.Н.Суворова, Н.В.Котова//Рос. журнал кож. вен. болезней.-1999.-№3.- с.67-72.

Korchak I.V.

Comparative analysis of clinical manifestations and course of acne

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to conduct a comparative analysis of clinical manifestations and course of acne.

Materials and methods. 120 patients were examined comprehensively acne.

Results and discussion. The developed method of evaluation – determination of severity index, the comparative assessment of the severity of acne in different regions of the Donetsk region.

Conclusions. The results of the study revealed a more severe course of acne in people living in ecologically disadvantaged regions with a developed industry.

Keywords: acne vulgaris, severity index.

Лукьянченко Е.Н.

**РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН
РАЗЛИЧНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА С
ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ КРИОТЕРАПИИ**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – оценить эффективность лечения поздних акне у женщин различного репродуктивного возраста с применением криотерапии.

Материалы и методы исследования. Обследованы 60 женщин с поздними акне в возрасте от 20 до 55 лет общеклинически и инструментально. Биофизические параметры кожи (жирность, влажность, эластичность, эритема) определяли с помощью диагностического комплекса Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage – Khazaka electronic GmbH, Германия). Больные были разделены на 2 группы: основная (30 чел.) – получали традиционную терапию в сочетании с криотерапией и группа сравнения (30 чел.) – получали только традиционную терапию. Результаты обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Проведенный анализ показал, что у всех больных основной группы, независимо от репродуктивного возраста, в отличие от группы сравнения, улучшились биофизические свойства кожи: жирность снизилась от 21 до 33,3% в зависимости от возраста (в группе сравнения от 12 до 19% соответственно), размер и количество пор уменьшились от 1,25 до 1,5 раз в 100% (в группе сравнения лишь у 65% пациенток), увеличение увлаженности в среднем до 2,7 раз (в группе сравнения в 0,7 раза), эластичность повысилась от 10 до 37,5% (в группе сравнения от 2 до 3,5 %; у пациенток ПМП эластичность не изменилась), уменьшение эритемы от 1,2 до 2,8 раз и в группе сравнения от 0,4 до 1,9 раза.

Выводы. Анализ полученных результатов показал, что применение криотерапии способствовало более быстрому клиническому и биофизическому улучшению структуры кожи.

Ключевые слова: поздние акне, лечение, криотерапия.

Существующие стандарты терапии акне не учитывают возрастных особенностей изменений кожи, обусловленных гормональной эволюцией организма у женщин в различные периоды репродуктивного возраста, что и

объясняет неудовлетворенность пациентов эстетическими результатами лечения [1,3].

Цель исследования – оценить эффективность лечения поздних акне у женщин различного репродуктивного возраста с применением криотерапии.

Материалы и методы исследования.

Под наблюдением находилось 60 женщин с поздними акне в возрасте от 20 до 55 лет. Контрольную группу составили 15 условно здоровых женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Все пациенты прошли общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Биофизические параметры кожи (жирность кожи, влажность, эластичность и степень эритемы) определяли с помощью приборно-диагностического комплекса для исследования состояния кожи Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage – Khazaka electronic GmbH, Германия). В зависимости от метода терапии больные были разделены на 2 репрезентативные группы: 1я группа – основная – (30 чел.), которые получали традиционную терапию в сочетании с криотерапией, 2я – группа сравнения – (30 чел.), только традиционную терапию. Криотерапия проводилась по схеме: 12 сеансов 1 раз в 3 дня [2,4,5]. Эффективность терапии оценивали по динамике регресса сыпи и биофизических параметров кожи.

Статистическая обработка результатов проводилась методами вариационной статистики и применением пакета анализа программы “Microsoft Excel 2007” на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

Анализ полученных результатов лечения в двух группах сравнения показал, что применение криотерапии способствовало более быстрому как клиническому, так и биофизическому улучшению состояния кожи, чем только традиционная терапия. Так, жирность кожи у пациенток АРВ снизилась на 33,3% , в отличие от группы сравнения (на 19 %); у пациенток ПРВ – на 23 % и 14% соответственно и у пациенток ПМП – на 21% и 12% в группе сравнения.

Количество и размер пор в основной группе уменьшились в среднем в 1,5 раза в 100% случаев у пациенток АРВ и ПРВ и лишь у 55% женщин

аналогичного возраста в группе сравнения; у всех женщин ПМП в 1,25 раза в основной группе, и только у 65% женщин в группе сравнения.

У всех пациенток основной группы уровень гидратации повысился в среднем в 2,7 раза, в т.ч. у пациенток ПРВ и ПМП в 1,67 раза больше, по сравнению с группой пациенток АРВ. В группе сравнения увлажненность увеличилась в среднем в 0,7 раза в различных возрастных группах.

У пациенток АРВ на фоне проводимой терапии эластичность повысилась на 10% в основной группе и только на 2% в группе сравнения, у пациенток ПРВ – на 15,8% и 3,5% соответственно, а у пациенток ПМП повышение эластичности кожи было отмечено в среднем на 37,5% в основной группе и не изменилась в группе сравнения.

Степень эритемы у женщин АРВ, больных поздними акне, была снижена на 1,2 раза в основной группе и в группе сравнения лишь на 0,4 раза; у пациенток ПРВ в 1,7 раза, у пациенток аналогичного возраста в группе сравнения в 1,1 раза и у пациенток ПМП – в 2,8 раза, а в группе сравнения в 1,9 раза.

Таким образом, проведенный анализ показал, что у всех больных поздними акне улучшились биофизические свойства кожи: жирность снизилась от 21 до 33,3% в зависимости от возраста, размер и количество пор уменьшились от 1,25 до 1,5 раз, увеличение увлажненности – от 1,67 до 2,7 раз, эластичность повысилась от 10 до 37,5%, а также наблюдалось уменьшение эритемы от 1,2 до 2,8 раз.

Выводы

Анализ полученных результатов лечения показал, что применение криотерапии способствовало более быстрому клиническому улучшению структуры кожи и ее биофизических свойств, чем традиционная терапия.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Проценко Т. В. Эффективность аэрокриотерапии в комплексном лечении больных с ранними, поздними акне / Т. В. Проценко, В.Б. Андрийчук //

Дерматология и венерология. – 2012. – №1. – С. 79-83.

2. Гришко В.И. Достижения криобиологии и криомедицины во имя здоровья нации / В. И. Гришко // Проблемы криобиологии. – 2008. – Т. 18, № 3. – С. 269-274.

3. Тарасенко Г. Н. Криотерапия в комплексном лечении себореи и акне азотом / Г. Н. Тарасенко, Ю. Г. Тарасенко // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. – № 3. – С. 66-68.

4. Андрийчук В. Б. Опыт применения общей криотерапии в комплексном лечении акне / В. Б. Андрийчук // Торсуевские чтения. – 2012. – №6. – С. 16-24.

5. Dosal JR, Rodriguez GL, Pezon CF, Li H, Keri JE. Effect of tetracyclines on the development of vascular disease in veterans with acne or rosacea: a retrospective cohort study. *J Invest Dermatol.* 2014 Aug;134(8):2267-9. doi: 10.1038/jid.2014.148. Epub 2014 Mar 21. PubMed PMID: 24658505.

Lukyanchenko E.N.

Results treatment of advanced acne in women of reproductive age different with cryotherapy

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to evaluate the effectiveness of the treatment of advanced acne in women various reproductive age with cryotherapy.

Materials and methods. The study included 60 women with advanced acne between the ages of 20 to 55 years of clinical, instrumental to consult a gynecologist endocrinologist. Biophysical parameters of the skin (fat content, moisture, elasticity, erythema) were determined by diagnostic system Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Sourage -Khazaka electronic GmbH, Germany). The patients were divided into 2 groups: primary (30 pers.) - Received traditional therapy combined with cryotherapy, and the comparison group (30 pers.) Received only traditional therapy. Results processed statistically.

Results and discussion. The analysis showed that all the patients of the group, regardless of reproductive age, in contrast to the comparison group had improved biophysical properties of the skin: the fat content decreased from 21 to 33.3% depending on the age (in the control group of 12 to 19%, respectively), the size and number of pores is decreased by 1 to 1.5 times 25% B100 (comparison group in only 65% of patients), an increase in the average moisture content to 2.7

times (in the control group of 0.7 times), elasticity It rose from 10 to 37.5% (comparison group of from 2 to 3.5% in patients PMP elasticity is not changed), reduction in erythema of 1.2 to 2.8 times and in the control group of 0.4 to 1,9 times.

Conclusions. Analysis of the results showed that the use of cryotherapy contributed to a more rapid clinical improvement of the structure and biophysical skin.

Keywords: late acne, treatment, cryotherapy.

Музычина А.А., Иващенко А.Л., Барков К.А., Иващенко К.А.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА "ГЕМОБЛОК" В ПРАКТИКЕ ЧЕЛЮСТНО-ЛИЦЕВОЙ ХИРУРГИИ

*Кафедра стоматологии детского возраста и хирургической стоматологии
ДонНМУ им. М. Горького,*

КЛПУ Центральная городская клиническая больница №1 г.Донецк

Резюме

Цель исследования – оценка клинической эффективности гемостатического действия препарата "Гемоблок" у больных с различной патологией челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования. Для оценки эффективности местного гемостаза при использовании препарата "Гемоблок" в исследование были включены 20 пациентов. Пациенты были разбиты на несколько групп.

Результаты и их обсуждение. У 18 пациентов был получен стойкий гемостатический эффект с отсутствием рецидива кровотечения в дальнейшем. У 1-го пациента с обширной флегмоной челюстно-лицевой области и 1-го пациента со злокачественной опухолью слизистой оболочки полости рта потребовалась повторная аппликация препарата, после чего кровотечение купировалось. Рецидива кровотечения через 24 часа во всех группах больных не наблюдалось.

Никаких клинически значимых побочных реакций (токсических, аллергических), связанных с применением средства "Гемоблок", мы не наблюдали.

Выводы. Гемостатическое средство "Гемоблок" – достаточно эффективный местный гемостатик для остановки капиллярного кровотечения при различной патологии челюстно-лицевой области. Удобен в применении, не вызывает инфекционных осложнений, токсических, аллергических реакций.

Ключевые слова: Гемоблок, капиллярное кровотечение, гемостатический препарат, гемостаз.

В современной челюстно-лицевой хирургии растет количество патологических состояний (обширные реконструктивные операции на мягких тканях и челюстных костях, кровотечение из опухолевой поверхности, или раневой поверхности при реконструктивных операциях или после удаления новообразований), которые требуют применения современных методов гемостаза.

Применение традиционных методов гемостаза (механический, термический гемостаз) зачастую не позволяют достичь желательного эффекта. В связи с этим на помощь им приходят новые приемы местного гемостаза: химический и биологический гемостаз [1-3].

Средства местного действия должны обладать следующими особенностями: вызывать в минимальный срок полное прекращение капиллярного и паренхиматозного кровотечения; обладать высокой адгезивностью; плотно прилегать к раневой поверхности; предотвращать возобновление кровотечения; не оказывать раздражающего действия на окружающие ткани, нежелательного действия на организм продуктов распада данного гемостатического средства; не влиять на функцию гемостаза в общем кровотоке; быть удобным в применении: равномерно и одновременно закрывать раневую поверхность; легко сниматься с раневой поверхности при отсутствии ее резорбции.

В связи с выше указанным, наше внимание привлёк препарат "Гемоблок" [1-3]. Гемоблок – 1% водный раствор неполной серебряной соли полиакриловой кислоты. Гемоблок ускоряет стадию первичного сосудисто-тромбоцитарного гемостаза за счет повышения вязкости крови и усиления образования агрегатов тромбоцитов при формировании на раневой поверхности полимерной прозрачной пленки. Механизм гемостаза можно представить себе, как рыболовную сеть, в ячейках которой располагаются относительно небольшие молекулы альбумина. Молекулы альбумина крепятся "крючками" - ионами серебра к полиакриловой матрице. Такая механическая "сетка" оказывается весьма устойчивой и выступает центром полимеризации фибрина. При этом восстановленное металлическое серебро в комплексе с белками является мощным бактерицидным фактором, что и обеспечивает отсутствие нагноений при использовании гемоблока. В дальнейшем поверхностная структура замещается фибрином. А полиакрилатная матрица плазмолизуется в течение суток.

Применяют препарат наружно при паренхиматозных и капиллярных кровотечениях. При этом смачивают стерильные ватные или марлевые тампоны и прикладывают к кровоточащей, предварительно осушенной поверхности раны. При больших раневых поверхностях используют препарат в виде спрея.

Гемоблок противопоказан при кровотечениях из крупных сосудов, а также при индивидуальной непереносимости. Нельзя использовать с аминокaproновой кислотой.

Цель исследования - оценка клинической эффективности гемостатического действия препарата "Гемоблок" у больных с различной патологией челюстно-лицевой области.

Материалы и методы исследования

Для оценки эффективности местного гемостаза при использовании препарата "Гемоблок" в исследование были включены 20 пациентов, проходивших лечение в условиях стоматологического отделения №1 ЦГКБ№1 г.Донецка. Пациенты были разбиты на несколько групп.

В первую группу вошли 9 пациентов с обширными воспалительными процессами в челюстно-лицевой области. При раскрытии флегмоны всегда возникает выраженное капиллярное кровотечения из подкожной, межфасциальной клетчаток. Чрезмерная коагуляция поверхности раны должного гемостатического эффекта не давала.

Во вторую группу вошли 8 пациентов с обширными травматическими повреждениями челюстно-лицевой области. При первичной хирургической обработке ран ил при выполнении операции остеосинтез также возникало достаточно выражено капиллярное кровотечения из поверхностных или глубоких сосудов, где не всегда возможно применение коагулятора.

В третью группу вошли 3 пациента с выраженным капиллярным кровотечением из злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта, у которых проведение коагуляции было невозможно ввиду сложной анатомической локализации опухоли или коагуляция не давала желаемого эффекта.

Результаты и их обсуждение

Препарат "Гемоблок" применялся следующим образом: на обработанную раствором антисептика и просушенную раневую поверхность укладывалась салфетка смоченная 10-15 мл раствора на 5 мин. Гемостатический эффект был оценен непосредственно после применения (ближайшие 5 мин) и через 24 ч после операции.

У 18 пациентов после снятия салфетки был получен стойкий гемостатический эффект с отсутствием рецидива кровотечения в дальнейшем. У 1-го пациента с обширной флегмоной челюстно-лицевой области и 1-го пациента со злокачественной опухолью слизистой оболочки полости рта потребовалась повторная аппликация препарата, после чего кровотечение купировалось. Рецидива кровотечения через 24 часа во всех группах больных не наблюдалось.

Никаких клинически значимых побочных реакций (токсических, аллергических), связанных с применением средства "Гемоблок", мы не наблюдали.

Выводы

1. Гемостатическое средство "Гемоблок" – достаточно эффективный местный гемостатик для остановки капиллярного кровотечения при различной патологии челюстно-лицевой области. Удобен в применении – можно наносить на раневые поверхности различной конфигурации и локализации, вызывает быстрый гемостаз.

2. Инфекционных осложнений, токсических, аллергических реакций, связанных с применением данного препарата, мы не наблюдали.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Плоткин А.В., Покровский Е.Ж., Воронова Г.В., Менглет К.А. Оценка эффективности гемостатического действия препарата Гемоблок при полостных и лапароскопических вмешательствах: мультицентровые клинические

исследования // Вестник современной клинической медицины – 2015. – Т. 8, №1. – С.56-61.

2. Андреев А.И., Ибрагимов Р.А., Кузнецов М.В., Фатыхов А.М. Опыт клинического применения гемостатического средства "Гемоблок" в хирургической практике // Казанский медицинский журнал – 2015. – Т.96, №3 – С.451-454.

3. Ситникова О.Ю. Первый опыт использования препарата гемоблок в эндоскопии желудочно-кишечных кровотечений // Актуальные вопросы эндоскопии: IV Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием: тез. докл., Санкт-Петербург, Россия, 27-28 марта 2014. – СПб., 2014. –С.103-104.

Muzychina A.A., Ivaschenko A.L., Barkov K.A., Ivashchenko K.A.

Experience with the drug "gemoblok" in practice maxillofacial surgery

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – evaluation of hemostatic effect of the drug clinical efficacy "Gemoblok" in patients with different pathologies of maxillofacial area.

Materials and methods. To evaluate the effectiveness of topical hemostasis drug using "Gemoblok" 20 patients were included in the study. Patients were divided into several groups.

Results and discussion. 18 patients had received stable hemostatic effect with the absence of bleeding recurrence in the future. At 1 patient with an extensive phlegmon of the maxillofacial area and 1 patient with cancer of the oral mucosa required repeated application of the preparation, and then the bleeding stopped. Recurrent bleeding at 24 hours in all groups of patients were observed.

Conclusions. Hemostat "Gemoblok" - rather effective local hemostatic to stop capillary bleeding with different pathology of the maxillofacial region. Easy to use, it does not cause infectious complications, toxicity, allergic reactions.

Keywords: "Haemoblock", microvascular hemorrhage, hemostatic, hemostasis.

Порпленко А.В., Черновол А.С.

ВОЗМОЖНОСТИ ОЗОНОТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – изучить эффективность и переносимость озонотерапии в лечении гнездовой алопеции.

Материалы и методы исследования. Пролечены 8 пациентов в возрасте от 16 до 63 лет с очаговой алопецией. Общая и наружная терапия проведены в соответствии с унифицированными протоколами по лечению алопеции. Озонотерапию проводили с помощью аппарата Vozon (Одесса) в режиме 6 процедур в неделю (3 системные и 3 местные), на курс по 10 процедур. Эффективность терапии оценивали по наличию увеличения площади активного роста волос. Полученные результаты обработаны статистически на компьютере.

Результаты и их обсуждение. Алопеция универсальная была у 6 (75%) больных, алопеция тотальная – у 2 (25%) больных. Переносимость лечения у всех пациентов была удовлетворительной. Отмечен активный рост волос в некоторых очагах после 5 процедуры у 7 (87,5%) больных. Рост волос по всей пораженной поверхности – у 6 (75%) больных после 10 процедур.

Выводы. Воздействие на кожу озонотерапии существенно повышает эффективность стандартной терапии за счет метаболического действия, улучшающего энергетику в клетках и тканях, регулирующего обменные процессы, в частности, направленные на устранение хронической тканевой гипоксии, и может широко использоваться в амбулаторной практике.

Ключевые слова: алопеция, озонотерапия, озонотерапевтические смеси.

Состояния волос являются важным эстетическим маркером, нередко показателем социального статуса человека. Утрата волос может вызвать расстройства, связанные с самооценкой и психосоциальным взаимодействием [1]. Это отмечает актуальность проблемы алопеции и совершенствование подходов к лечению данной патологии. Известно, что чем раньше начато

адекватное лечение, тем выше вероятность сохранения как можно большего количества волос и лучшего течения патологии [2].

Разрабатываемые локальные унифицированные протоколы лечения алопеции не всегда позволяют контролировать течение дерматоза, достигать клинической ремиссии, эстетического результата лечения и удовлетворенности врача и пациента в конце курса базисной терапии.

Цель исследования – изучить эффективность и переносимость озонорислородных смесей в лечении гнездовой лопеции.

В настоящее время особый интерес представляет использование озонорислородной терапии, способной активизировать кровообращение в очагах поражения и давать иммуномодулирующий эффект. Механизм действия кислородно-озоновой терапии основан на системном введении в организм медицинского озона (кислородно-озоновая смесь с разной концентрацией озона, получаемой на специальной медицинской озонотерапевтической установке). В терапевтических дозах медицинский озон оказывает противовоспалительное и иммуномодулирующее действие, нормализует окислительно-восстановительный потенциал организма, способен корригировать нарушенный клеточный иммунитет и оказывать модулирующее влияние на гуморальное звено иммунитета. При исходном прооксидантном сдвиге, который характерен для воспалительных заболеваний, озон активирует систему антиоксидантной защиты и, тем самым, оказывает противовоспалительное действие; наоборот, при исходном избытке антиоксидантной защиты, наблюдающемся при хроническом, вялотекущем процессе, он индуцирует прооксидантный сдвиг, снижая при этом уровень антиоксидантной защиты. Привлекают также хорошая переносимость озонотерапии пациентами, относительная простота и дешевизна метода, а значит, и его существенная доступность [3].

Материалы и методы исследования

Обследованы и пролечены 8 больных (2 мужчин и 6 женщин) в возрасте от 16 до 63 лет с гнездовой алопецией (L63 по МКБ XX). Общая и наружная

терапия проведена в соответствии с утвержденным локальным протоколом по лечению алопеции. Озонокислородную терапию проводили при помощи аппарата Vozon (Одесса) в 2-х вариантах воздействия: системном и локальном. Системное воздействие осуществлялось путем внутривенного введения озонированного NaCl 0.9% в концентрациях от 4,0 мг/л до 10,0 мг/л с шагом 0,5-1,0 мг/л проводилось 3 процедуры в неделю на курс по 10 процедур. Местная терапия проводилась путем аппликаций озонокислородных смесей на участок поредения волос в концентрациях от 10,0 мг/л до 20,0 мг/л с шагом 0,5-1,0 мг/л проводилось 3 процедуры в неделю на курс 10 процедур, а также путем внутрикожного и подкожного введения озонокислородных смесей в участок поредения волос в концентрациях от 5,0 мг/л до 15,0 мг/л с шагом 0,5-1,0 мг/л проводилось 3 процедуры в неделю на курс 10 процедур.

Эффективность воздействия оценивали по переносимости и появлению зон активного роста волос. Полученные результаты обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение

При анализе клинических проявлений дерматоза отмечено, что алопеция универсальная была у 6 (75%) больных, алопеция тотальная – у 2 (25%) больных. Давность заболевания до 1 года наблюдалась у 5 пациентов, свыше 2 лет у 3 пациентов. У всех пациентов дебют заболевания отмечался после тяжелого психоэмоционального переживания.

Переносимость озонокислородного воздействия всеми пациентами была удовлетворительной. Отмечен активный рост волос в некоторых очагах после 5 процедуры у 7 (87.5%) больных. Рост волос по всей пораженной поверхности – у 6 (75%) больных после 10 процедур. Все пациенты отмечали улучшение состояния кожи и уменьшение степени ее жирности. Полученные результаты у этих пациентов послужили мотивацией в последующем получать повторные курсы местной и системной озонотерапии. 4 (50%) пациентам через 3 месяца был проведен повторный курс системной и местной озонотерапии, что сопровождалось выраженным улучшением психоэмоционального и общего состояния. Полное восстановление волос после 1 курса озонокислородной

терапии отметили у 2 из 8 пациентов, после 2 го курса озонкислородной терапии еще у 3 из 8 пациентов.

Применение озонотерапии оказывает эффект вазодилатации и улучшает микроциркуляцию, что способствует ликвидации регионарной гипоксии.

Выводы

Таким образом, предварительные результаты внедрения комплексного метода для лечения алопеции с использованием озонкислородных смесей позволяет говорить о перспективности метода и повышении возможности немедикаментозной коррекции дерматоза.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Кошелева И.В. Кислородно-озоновая терапия хронических иммунозависимых дерматозов // Экспериментальная и клиническая дерматокосметология, 2014.-N 1.-С.57-63.

2. Воронкова М.В., Кошелева И.В., Иванов О.Л, Мареева Е.Б., Перминова М.А. Лечение рубцовых алопеции. // Российский журнал кожных и венерических болезней, 2012.-N 2.-С.58-60.

3. Кошелева И.В., Заборова В.А., Паничкина Г.С., Нетруненко И.Ю., Иванов О.Л Роль оксида азота в коррекции сосудистых поражений кожи.// Российский журнал кожных и венерических болезней, 2004.-N 6.-С.29-32.

Porplenko A.V., Chernovol A.S.

Features ozone in the treatment of alopecia areata

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to study the efficacy and tolerability of ozone-oxygen mixtures in the treatment of alopecia Lopez.

Materials and methods. Were treated 8 patients aged 16 to 63 years with alopecia areata. General and external therapy carried out in accordance with standardized protokolomami for alopecia treatment. Ozone-oxygen exposure was carried out using the apparatus Bozon (Odessa) in mode 6 treatments per week (3 system and 3 local), on course for 10 sessions. Treatment efficacy was assessed by the presence of increasing the active area of hair growth. The results obtained are statistically processed on a computer.

Results and its discussion. Alopecia was universal in 6 (75%) patients, alopecia total - in 2 (25%) patients. Tolerability of treatment in all patients was satisfactory. Noting the active hair growth in some centers after 5 treatments in 7 (87.5%) patients. Hair growth on the entire surface affected - 6 (75%) patients after 10 treatments.

Conclusions. Exposure of the skin ozone-oxygen mixture significantly improves the efficiency of standard therapy by metabolic action, improving energy in cells and tissues, regulating metabolism, in particular, to address chronic tissue hypoxia, and can be widely used in ambulatory practice.

Keywords: alopecia, ozone-oxygen mixture.

Романенко К.В., Романенко В.Н., Ермилова Н.В.

КЛИНИКО-СТАТИСТИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СКЛЕРОДЕРМИИ У БОЛЬНЫХ-ЖИТЕЛЕЙ ДОНБАССА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – провести клинико-статистический анализ склеродермии у больных-жителей Донбасса за 2004-2012 гг.

Материалы и методы исследования. У 316 больных очаговой и системной склеродермией изучены данные анамнеза и клиники (пол, возраст больных, диагноз, продолжительность, распространенность, активность, системность заболевания). Полученные данные обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Клинико-статистический анализ свидетельствует о существенном преобладании женщин (86,1%) среди 316 больных. Наличие кожного синдрома при системной склеродермии является прогноз-негативным фактором относительно развития и тяжести течения кардиопатии.

Выводы. Склеродермия в Донецком регионе протекает достаточно тяжело, часто рецидивирует, ремиссии ее непродолжительны. Больные подлежат тщательному диспансерному наблюдению.

Ключевые слова: ограниченная и системная склеродермия, клинико-статистическая характеристика.

Системная (СС) и ограниченная (ОС) склеродермия остаются одной из актуальных проблем современной медицины [4,6,8]. До настоящего времени не установлена этиология заболеваний, недостаточно изучен их патогенез и взаимоотношение, не разработаны надежные методы лечения [1,2]. Отмечается рост заболеваемости этими дерматозами [3,7,9,10].

Цель исследования – провести клинико-статистический анализ склеродермии у больных-жителей Донбасса.

Материалы и методы исследования

Изучены данные анамнеза и клинические проявления склеродермии у 316 больных – жителей Донбасса. Для того, чтобы можно было сделать

обоснованные заключения, уделяли внимание унификации плана обследования, четкой, систематизации полученных данных (пол, возраст больных, диагноз, продолжительность, распространенность, активность, системность заболевания). Статистическая обработка полученных результатов проведена с помощью компьютерного вариационного, корреляционного, одно- и многофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсионного анализа (лицензионные программы «Microsoft Excel» (США), «Statistica – Stat-Soft» (США). Оценивали средние значения (M), их ошибки (m), коэффициенты корреляции (r , как коэффициент парной корреляции Пирсона или ранговой корреляции Спирмена), критерий дисперсии (D), Стьюдента (t), Уилкоксона-Рао (WR), Макнемара-Фишера (X^2) и достоверность статистических показателей (P). Для некоторых признаков в работе приводится частота проявлений значения (в %). Подсчитывали (в %) чувствительность (X), специфичность (Y) и значимость признака (Z).

Результаты и их обсуждение

Под наблюдением за период 2004-2012 гг. находилось 316 больных в возрасте от 17 до 68 лет, в том числе 197 (62,34%) больных с бляшечной (БС) склеродермией (средний возраст $41,2 \pm 0,36$ лет), 13 (4,11% от общего числа больных и 6,59% от числа больных с БС) – с идиопатической атрофодермией Пазини-Пьерини (AD), 44 (соответственно 13,9% и 22,3%) – со склероатрофическим лишеном (СЛ), 62 (19,62%) – с системной склеродермией (СС). Среди обследованных 254 больных с ОС было 38 мужчин (средний возраст $46,4 \pm 3,16$ лет) и 216 женщин (средний возраст $35,6 \pm 1,11$ лет) с давностью заболевания от 3 мес. до 16 лет. Среди пациентов, страдающих СС (средний возраст $40,7 \pm 1,59$ лет), было 6 (9,7%) мужчин и 56 (90,3%) женщин. Среди наших больных с БС у 72 (35,5%) диагностированы единичные очаги поражения, у 127 (64,5%) – распространенные (3 и более в разных участках тела), причем у 22 больных с распространенной БС имели место также очаги СЛ и у 6-AD. Больных в возрасте до 30 лет было 51 (25,8%), от 30 до 40 лет – 62 (31,5%), от 41 до 50 лет – 53 (27,0%), от 51 до 60 лет – 31 (15,7%) чел.

Больные БС разного пола (женщин-170, мужчин-27) практически не отличались между собой по возрасту ($S=1,68$, $P=0,094$, $F=1,03$, $p=0,47$). Продолжительность заболевания варьировала от нескольких месяцев до 15 лет (в среднем не более 5 лет). Продолжительность заболевания выявилась достоверно выше у женщин ($S=2,49$, $P=0,015$, $F=3,16$, $p=0,044$). Распространенный процесс был более характерным для больных женщин – у 170 (68,8%) в сравнении с мужчинами у 8 из 27 (29,6%). Среди 197 больных с БС – у 88 больных (44,7%) была диагностирована стадия эритемы и отека, у 80 больных (43,6%) – стадия уплотнения (склероза), у 23 больных (11,7%) - стадия атрофии. Согласно шкале степени тяжести ОС [11] больные с БС были распределены на 3 степени тяжести, где I степень оценивали при наличии 3-17 баллов, II степень – 18-31 баллов, III-свыше 31 балл. Среди 197 больных с БС 9 чел. (4,6%) на стадии эритемы и отека имели I степень тяжести, 46 (23,3%) больных – II степень, 33 (16,8%) больных – III степень; Склеротическая стадия I степени была у 7 (3,6%) больных, II степени – 59 (26,4%) больных, III степени – у 27 (13,7%); атрофическую стадию I степени диагностировали у 6 (3,0%), II степени – у 17 (9,6%). Степень тяжести патологического процесса не зависела от пола ($KW=0,16$; $P=0,688$; $S=0,24$; $p=0,808$; $F=0,70$; $p=0,203$). Среди 13 больных с АД 11 больных (84,0%) были в острой стадии, а 2 (15,4%) – в стадии атрофии. В острой стадии I степени тяжести было 3 пациента (23,1%), в острой стадии II степени тяжести – 8 (61,5%) больных, в атрофической стадии I степени – 2 (15,4%) больных. Из 44 больных с СЛ 39 (88,6%) были в стадии обострения, 5 (11,4%) – в стадии атрофии. Среди 44 больных с СЛ было 38 пациентов (81,8%) в острой стадии II степени тяжести, в склеротической стадии II степени – 3 (6,8%), в атрофической стадии II степени – 5 (11,4%). Таким образом, среди 254 больных с ОС нами исследовалось 27 больных (10,6%) с I степенью тяжести, 167 (65,7%) – со II и 60 (23,7%) – с III. То-есть нами наблюдались преимущественно больные с ОС средней степени тяжести. Диагноз ОС верифицировали согласно клинических и лабораторных критериев [5]. Для исключения СС среди больных с ОС использовали рекомендации Европейской

противоревматической лиги относительно диагноза и которые используются в Украине [5]. У всех больных с ОС (БС, АД и СЛ) антитела против центромеры и топоизомеразы 1 отсутствовали.

В группе сравнения из 62 больных с СС мужчин было 6 (9,7%), женщин – 56 (90,3%). Средний возраст мужчин и женщин, которые болели СС, мало отличался между собой, составляя соответственно $35,8 \pm 0,03$ лет и $41,2 \pm 1,64$ лет ($t=0,99$; $p=0,323$). Продолжительность заболевания варьировала от 2 до 36 лет (в среднем $10,9 \pm 0,89$ лет). I степень активности патологического процесса констатирована у 25 (40,3%) наблюдений, II – у 23 (37,1%), III – у 14 (22,5%), причем средние показатели у мужчин составляли $1,67 \pm 0,333$ балла, а у женщин – $1,84 \pm 0,104$ балла ($t=0,51$; $p=0,610$). Поражение кожи установлено у 45 (72,6%) обследованных (соотношение лимитированной к диффузной форме составило 1,7:1). Лимитированный вариант поражений кожи при СС имел место у 45,2% общей группы и у 62,2% - больных с дерматозом, диффузный – соответственно 27,4% и 37,8%. У всех больных СС с поражением кожи выявлялись ANA в умеренном титре: при лимитированной форме к центромере, при диффузной – к топоизомеразе 1 (антиген SCL-70). Как видно из таблицы 1, синдром Рейно имел место у 56 (90,3%) обследованных, поражение суставов и сердца (миокарда, перикарда, эндокарда, клапанов) соответственно диагностировано в 52 (83,9%) наблюдениях СС, мышц – у 26 (41,9%), легких (базальный пневмофиброз, интерстициальный процесс) и пищевода – соответственно в 38 (61,3%), печени – в 19 (30,7%), почек (хронический гломерулонефрит, интерстициальный нефрит) – в 20 (32,3%), ЦНС (дисциркуляторная энцефалопатия, астеновегетативный синдром, кортиконуклеарный и пирамидный синдромы) – в 16 (25,8%), ПНС (полинейропатия, радикулопатия, цервикокраниалгия, мононейропатия, Мортонская метатарзалгия, синдром метакарпального канала) – в 22 (35,5%). Больные с СС без дерматоза (I сравнительная группа) и с поражением кожи (II-основная) отличались между собой на 28,2% более частым вовлечением почек ($\chi^2=4,52$, $p=0,039$) и на 27,4% ЦНС ($\chi^2=4,50$, $p=0,34$), что представлено в таблице 1.

Таблица 1. Информативность отдельных признаков СС у больных с поражением кожи и без такового.

Признаки	Группы больных						Отличия	
	I – без поражения кожи (n=17)			II – с поражением кожи (n=45)				
	X, %	Y, %	Z, %	X, %	Y, %	Z, %	χ^2	P
1	82,4	46,9	18,1	93,3	53,1	26,3	1,70	0,192
2	94,1	54,1	27,5	80,0	45,9	16,9	1,82	0,178
3	29,4	38,6	4,4	46,7	61,4	17,6	1,51	0,219
4	100,0	56,2	31,6	77,8	43,8	14,9	4,50	0,034
5	64,7	51,9	17,4	60,0	48,1	13,9	0,12	0,734
6	58,8	48,6	13,9	62,2	51,4	16,4	0,06	0,806
7	35,3	55,0	10,7	28,9	45,0	5,9	0,24	0,626
8	11,8	22,8	0,6	40,0	77,2	23,8	4,52	0,039
9	5,9	15,1	0,1	33,3	84,9	24,0	4,86	0,028
10	47,1	60,2	17,1	31,1	39,8	4,9	1,37	0,242

Примечание: 1-синдром Рейно; поражение: 2-суставов, 3-мышц, 4-сердца, 5-легких, 6-пищевода, 7-печени, 8-почек, 9-ЦНС, 10-ПНС.

Таблица 2. Степень взаимовлияния тяжести поражения кожи и других признаков СС

Признаки		Характер влияния			
		Кожа на другие признаки		Другие признаки на кожу	
		D	p	D	p
Синдром Рейно		0,68	0,566	0,27	0,765
Поражения	суставов	0,63	0,601	0,68	0,510
	мышц	3,43	0,023	2,31	0,108
	сердца	5,92	0,001	5,63	0,006
	легких	1,00	0,401	0,63	0,536
	пищевода	0,78	0,509	0,05	0,950
	печени	1,46	0,235	0,79	0,457
	почек	2,64	0,058	0,32	0,728
	ЦНС	0,23	0,878	1,19	0,312
ПНС	1,55	0,212	0,89	0,415	

ΣZ всех проявлений заболевания в I группе составила 141,4%, а во второй (основной) – 165,8%. Согласно данным ANOVA/MANOVA Уилкоксона-Рао, кожный синдром оказывает слабое влияние на другие интегральные признаки СС (WR=1,41, p=0,134), хотя, как свидетельствует ANOVA, от наличия дерматоза зависит тяжесть поражения скелетных мышц (D=3,43, p=0,023) и миокарда (D=5,92, p=0,001). Последний фактор достоверно влияет на выраженность (распространенность) кожного синдрома (D=5,63, p=0,006), на что указывает однофакторный дисперсный анализ и что приведено в табл. 2.

В свою очередь тяжесть (распространенность) поражения кожи обратно коррелирует с выраженностью кардиопатии (r=-0,389, p=0,002). В связи с этим можно сделать следующее заключение, что имеет практическое значение: наличие кожного синдрома у больных с СС является прогнознегативным фактором относительно развития и тяжести течения склеродермической кардиопатии.

Выводы

Клинико-статистический анализ 316 случаев заболевания свидетельствует о том, что склеродермия в Донецком экологически неблагоприятном регионе протекает достаточно тяжело, часто рецидивирует, ремиссии ее непродолжительны. Больные подлежат тщательному диспансерному наблюдению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Болотная Л.А., Хаустова Н.Н. Коррекция дисфункции эндотелия при ограниченной склеродермии // Междун. мед. журн.-2006.- №1.-с.79-82.
2. Болотная Л.А., Сербина И.М., Шахова Ф.Б. Новое в патогенезе ограниченной склеродермии // Вестн. дерматол. венерол.-2004.-№2.-с.31-34.
3. Бутов Ю.С., Тогузов Р.Т. Некоторые аспекты патогенеза, клиники и терапии склеродермии // Росс. журн. кожн. венер. болезней.-2002.-№4.-с.15-19.
4. Волнухин В.А. Некоторые вопросы терминологии и классификации ограниченной склеродермии // Росс. журн. венер. болезней.-2002.-№4.-с.30-32.

5. Гуйда П.П. Очаговая склеродермия: взаимоотношение с системной склеродермией, тактика лечения // Врач. практика.-2000.-№4.-с.26-29
6. Гусева Н.Г. Системная склеродермия: клиника, диагностика, лечение // Росс. журн. кожн. венер. болезней.-2002.-№4.-с.5-15
7. Кубанова А.А. (ред) Дерматовенерология. Клинические рекомендации. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007,-320с.
8. Мавров И.И., Болотная Л.А., Сербина И.М. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии // Харьков: Факт, 2007.-792с.
9. Молочков В.А., Снарская Е.С., Ромашкина А.С. Очаговая склеродермия, ассоциированная с другими аутоиммунными заболеваниями и спектром различных аутоантител // Росс. журн. кожн. венер. болезней.-2011.-№4.-с.33-36.
10. Романенко К.В. Оптимізація комплексної патогенетичної терапії хворих на різні форми склеродермії з урахуванням клініко-морфологічних, імунних та судинних порушень // Автореф. дис. на здобуття наук. ступеня д.мед.н. Харків.-2013.-31с.
11. Савенкова В.В., Арсен'єв О.В. Математичне обґрунтування шкали оцінки ступеня тяжкості обмеженої склеродермії // Журн. дерматовенерол. косметол. ім. М.О. Торсуєва.-2011.-№1-2(24).-с.28-37.

Romanenko K.V., Romanenko V.N., Ermilova N.V.

THE CLINICAL AND STATISTICAL CHARACTERISTIC OF SCLERODERMA IN PATIENTS (THE INHABITANTS OF THE DONBASS)

Donets National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study. To make a clinical and statistical analysis of scleroderma in patients residing in the Donbass.

Materials and methods. The data of the medical histories and clinic, viz. age, sex, diagnosis, length, occurrence, activity, systemic character of disease in 316 patients ill with morphea and systemic scleroderma have been studied. The obtained finding have been processed statistically.

Results and discussion. The clinical and statistical analysis is indicative of a considerable predominance of females (86,1%) among 316 patients. The presence of the dermal syndrome in

systemic scleroderma is a prognosis negative factor dealing with the development and severity of the course of cardiopathy.

Conclusions. In the Donetsk basin scleroderma proceeds rather severely, in often recurs, its remissions are not long. The patients need regular medical check-up.

Key words: localized and systemic scleroderma, clinical and statistical characteristic.

Тахташов И.Р.

ВЛИЯНИЕ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – изучить заболеваемость и результаты терапии псориаза у лиц, проживающих в экологически чистых и техногенно загрязненных регионах.

Материалы и методы исследования. Изучены заболеваемость (по данным обращаемости) и результаты лечения псориаза у 47 больных, разделенных в зависимости от места проживания на 3 группы сравнения. Результаты лечения оценивались по бальной системе: клиническая ремиссия – 5 баллов, значительное улучшение – 4, улучшение – 3, отсутствие эффекта – 2, ухудшение – 1 балл.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что в регионе ДМЗ и АКХЗ концентрация фенола, свинца, никеля, кадмия и промышленной пыли значительно превышают предельно допустимые и намного выше, чем в экологически «чистом» регионе. Наибольшая заболеваемость псориазом выявлена в районе АКХЗ – 1,23 случая, ниже – в районе ДМЗ – 1,18 случая и самая низкая – в курортном г. Святогорске – 1,02 случаев на 10000 населения. Лучшие результаты лечения были у жителей экологически «чистого» региона – 4,6 балла, хуже – у жителей района ДМЗ и АКХЗ: 4,0 и 3,8 соответственно.

Выводы. В экологически неблагополучных регионах АКХЗ и ДМЗ заболеваемость псориазом выше, чем в экологически «чистом» регионе. Результаты лечения оказались лучше у жителей экологически «чистого» региона, хуже - в районе ДМЗ и самые плохие – АКХЗ (4,6; 3,8 и 4,0 по 5-ти бальной системе соответственно).

Ключевые слова: экологические факторы, псориаз, результаты лечения.

Техногенное загрязнение атмосферного воздуха предприятиями химической, угольной и металлургической промышленности при длительном воздействии на организм людей, проживающих в непосредственной близости к этим предприятиям, оказывает системное повреждающее действие, ухудшает общее здоровье и реакцию на стандартную терапию [1 – 3].

Цель исследования – изучить заболеваемость и результаты терапии псориаза у лиц, проживающих в экологически чистых и техногенно загрязненных регионах.

Материалы и методы исследования. Изучены заболеваемость (по данным обращаемости за 1990 - 2005 г.г.) и результаты лечения псориаза у 47 больных, разделенных в зависимости от места проживания на 3 группы сравнения. Первая – 17 человек, жителей района АКХЗ; вторая – 14 человек - жителей района ДМЗ; третья – 16 человек – жителей экологически «чистого» региона.

Результаты лечения оценивались в трех группах сравнения по балльной системе: клиническая ремиссия – 5 баллов, значительное улучшение – 4, улучшение – 3, отсутствие эффекта - 2, ухудшение – 1 балл.

По своему составу (диагнозу, возрасту, полу, длительности заболевания, наличию сопутствующих заболеваний) пациенты этих групп существенно не отличались между собой. Результаты исследования обработаны статистически по стандартным программам на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение. Ранее проведенными исследованиями по оценке загрязнения атмосферного воздуха в радиусе 3000 метров от крупных металлургического (ДМЗ) и коксохимического (АКХЗ) заводов было установлено, что концентрация промышленной пыли ($0,6 \text{ мг/м}^3$ и $0,6 \text{ мг/м}^3$, при ПДК $0,15 \text{ мг/м}^3$), фенола ($0,010 \text{ мг/м}^3$ и $0,013 \text{ мг/м}^3$, при ПДК $0,003 \text{ мг/м}^3$), свинца ($1,5 \text{ мкг/м}^3$ и $1,7 \text{ мкг/м}^3$, при ПДК $0,0003 \text{ мг/м}^3$), никеля ($1,4 \text{ мкг/м}^3$ и $1,3 \text{ мкг/м}^3$, при ПДК $0,003 \text{ мг/м}^3$) и кадмия ($1,2 \text{ мкг/м}^3$ и $1,4 \text{ мкг/м}^3$, при ПДК $0,001 \text{ мг/м}^3$) значительно превышала предельно допустимые. Содержание вредных химических веществ было намного выше, чем в экологически «чистом» регионе г.Святогорска ($0,1 \text{ мг/м}^3$, $0,002 \text{ мг/м}^3$, $0,1 \text{ мкг/м}^3$, $0,0 \text{ мкг/м}^3$ и $0,0 \text{ мг/м}^3$ соответственно) [3].

Наибольшая заболеваемость (по данным обращаемости) псориазом выявлена в районе АКХЗ – 1,23 случая на 10000 населения, несколько ниже в

районе металлургического завода – 1,18 случая и самая низкая – в курортном г.Святогорске Славянского района – 1,02 случаев.

Анализ ближайших результатов лечения показал, что лучшими они были в третьей группе – 4,6 балла, хуже – во второй и первой группах: 3,8 и 4,0 баллов соответственно.

Выводы

1. В экологически неблагоприятных регионах АКХЗ и ДМЗ заболеваемость псориазом (по данным обращаемости) выше, чем в экологически «чистом» регионе (1,23; 1,18 и 1,02 случаев на 10000 населения соответственно).

2. Ближайшие результаты лечения оказались лучше у жителей экологически «чистого» региона. Хуже – у жителей в районе металлургического завода и самые плохие – у жителей вблизи коксохимического (4,6, 3,8 и 4,0 по 5-ти бальной системе соответственно).

3. Выявленные изменения необходимо учитывать при планировании и проведении лечебно-профилактических мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Морозова Л.Н, Воскун С.Е., Базеров М.А. Состояние здоровья населения, проживающего в экологически неблагоприятных городских районах // Гигиена и санитария. 1998. - №1. - С. 34-37.

2. Новикова И.И. Гигиенические проблемы окружающей среды и здоровья населения крупного промышленного центра // Гигиена и санитария. – 2003. –№ 3. – С. 66-68.

3. Тахташов І.Р. Особливості патогенезу, клініки і лікування хронічних дерматозів (екземи і псоріазу) у жителів, котрі мешкають у екологічно несприятливому регіоні в результаті забруднення атмосферного повітря викидами промислових підприємств: Автореф. дис. канд. мед. н. – Донецьк, 1992. – 18 с.

Influence of ecological factors on the incidence and outcome of patients with psoriasis

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to examine the incidence and outcomes of psoriasis therapy in patients living in environmentally friendly and technologically contaminated regions.

Materials and methods. Studied the incidence (according uptake) and the results of treatment of psoriasis in 47 patients, divided according to the place of residence on 3 comparison groups. The results of treatment were evaluated by the point system: clinical remission - 5 points, a significant improvement - 4, improvement - 3, no effect - 2, deterioration - 1 point.

Results and discussion. It was established that in the DMZ and AKHZ phenol concentration region, lead, nickel, cadmium and industrial dust is significantly higher than the maximum allowable, and is much higher than in an environmentally "clean" region. The highest incidence of psoriasis found in AKHZ area - 1,23 cases, below - in the area of the DMZ - 1.18 cases and the lowest - in the resort city of Svyatogorsk -1.02 per 10,000 population. The best treatment results were the inhabitants of the environmentally "clean" in the region - 4.6 points worse - the inhabitants of the area of the DMZ and AKHZ 4.0 and 3.8 respectively.

Conclusions. In ecologically disadvantaged regions of the AKHZ and DMZ the incidence of psoriasis is higher than in an environmentally "clean" region. Treatment results were better than the residents of the environmentally "clean" region, worse - in the area of the DMZ and the worst - AKHZ (4.6, 3.8 and 4.0 on a 5-point scale, respectively).

Keywords: environmental factors, psoriasis, treatment results.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ СОДЕРЖАНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ЭЛЕМЕНТОВ У БОЛЬНЫХ ГНЕЗДНОЙ АЛОПЕЦИЕЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – изучить содержание химических макро- и микроэлементов при гнездной алопеции (ГА) и определить их значение в степени выраженности дерматоза.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 38 больных ГА (30 женщин и 8 мужчин, в возрасте от 4 до 65 лет). У всех больных на момент обследования установлена прогрессирующая стадия заболевания. Диагностику дисментозов проводили по наличию клинических проявлений дерматоза в сочетании с лабораторным подтверждением дефицита или избытка химических элементов.

Результаты и их обсуждение. При определении концентрации химических элементов у всех 38 больных ГА выявлено различной степени выраженности изменение количества макро- и микроэлементов всех исследуемых групп.

Выводы. Выявленные изменения необходимо учитывать, как при лечении больных, так и при планировании реабилитационных мероприятий.

Ключевые слова: макроэлементы, микроэлементы, гнездная алопеция.

В настоящее время отмечается рост заболеваемости гнездной алопецией учащение ее тяжелых форм, высокая распространенность среди детей и лиц молодого возраста. ГА остается заболеванием с неясной этиологией и до конца не изученным патогенезом, что обуславливает большие трудности в разработке эффективных методов его терапии [2].

Дисбаланс макро- и микроэлементов рассматривают как один из важных патогенетических факторов, влияющих на течение хронических заболеваний кожи, в т.ч. и ГА [1]. Изменение металло-лигандного гомеостаза организма может оказывать влияние на рецидивирующее течение ГА, особенно в условиях экологически неблагоприятных, техногенно загрязненных регионов страны [3,5]. Изучение дисбаланса макро- и микроэлементов при ГА и коррекция выявленных изменений могут способствовать повышению эффективности лечения, предупреждению рецидивов заболевания [4].

Цель исследования – изучить содержание химических макро- и микроэлементов при ГА и определить их значение в степени выраженности дерматоза.

Материалы и методы исследования

Обследовали 38 больных ГА (30 женщин и 8 мужчин, в возрасте от 4 до 65 лет). У всех больных на момент обследования установлена прогрессирующая стадия заболевания. Контрольную группу составили 20 условно здоровых лиц, в т.ч. 11 мужчин и 9 женщин в возрасте от 18 до 60 лет. Все пациенты прошли общеклиническое, лабораторное и инструментальное обследование. Диагностику дисэлементозов проводили по наличию клинических проявлений дерматоза в сочетании с лабораторным подтверждением дефицита или избытка химических элементов. В данном исследовании у всех больных и лиц контрольной группы для определения макро- и микроэлементного состава организма использовали волос, поскольку именно этот биосубстрат отражает интегральную информацию о содержании макро- и микроэлементов в организме за последние 2-3 месяца [2].

Анализировали 33 элемента (жизненно необходимые (эссенциальные) макро и микроэлементы, условно эссенциальные, потенциально токсические, токсические).

Статистическая обработка результатов проводилась классическими методами с применением пакета анализа программы “Microsoft Excel 2013” на персональном компьютере.

Результаты и их обсуждение

При определении концентрации химических элементов у всех 38 больных ГА выявлено различной степени выраженности изменение количества макро- и микроэлементов всех исследуемых групп.

При анализе по группам элементов снижение эссенциальных макроэлементов выявлено у 31 (81,6 %) больного ГА, в основном за счет К – у 25 (65,8 %), Na – у 25 (65,8 %), S – у 25 (65,8 %), P – у 21 (55,3 %).

Снижение содержания эссенциальных макроэлементов в 2 и более раза, в сравнении с показателями контрольной группы, отмечено у 13 (34,2 %)

пациентов, наиболее часто по К – у 9 (23,7 %), Na – у 9 (23,7 %), Mg – у 7 (18,4 %), Ca – у 7 (18,4 %), P – у 6 (15,8 %). Снижение содержания 5 и более эссенциальных макроэлементов было у 16 (42,1 %) больных ГА, в основном по S, K, Na, P, Mg, 3-5 химических элементов – у 25 (65,8 %) больных, в основном за счет S, K, Na.

Повышенное содержание было выявлено только по Cl – у 13 (34,2 %) больных, при этом у 9 (23,7 %) пациентов концентрация Cl в 2 и более раза превышала показатели контрольной группы.

Избыточного содержания эссенциальных микроэлементов не было ни у одного из 38 больных ГА. Дефицит эссенциальных микроэлементов наиболее часто был по Se – у 34 (89,5 %) больных ГА, Co – у 29 (76,3 %), Cr – у 27 (71,1 %), Mn – у 21 (71,1 %), Fe – у 19 (50 %).

Снижение содержания эссенциальных микроэлементов в 2 и более раза, в сравнении с показателями контрольной группы, отмечено у 23 (60,5 %) больных ГА, преимущественно по S – у 19 (50 %), K – у 9 (23,7 %), Na – у 9 (23,7 %), Ca – у 7 (18,4 %), Mg – у 7 (18,4 %), P – у 6 (15,8 %).

Снижение содержания 5 и более эссенциальных микроэлементов было у 22 (57,9 %), в основном за счет Se, Co, Cr, Zn, Fe, 3-5 элементов – у 31 (81,6 %), в основном по Se, Zn, Co, Cr.

При оценке содержания условно эссенциальных элементов у больных ГА был выявлен как их дефицит, так и избыток. Дефицит установлен у 16 (42,1 %) больных ГА, наиболее часто по B – у 11 (28,9 %), Li – у 7 (18,4 %), при этом снижение содержания B в 2 и более раза было у 5 (5,6 %) пациентов. Дефицит по 2 и более условно эссенциальным элементам был у 4 (10,5 %) больных, в основном по B и Li.

Повышенное содержание условно эссенциальных элементов было у 14 (36,8 %) обследованных, наиболее часто по Si – у 10 (26,3 %), при этом у 4 (10,5 %) больных ГА его содержание в 2 и более раза превышало показатели контрольной группы.

Избыток потенциально токсических элементов был установлен у 27 (67,5 %) больных, наиболее часто по Sr – у 14 (36,8 %), при этом у 11 (28,9 %) больных его содержание в 2 и более раза превышало показатели контрольной группы.

Повышение концентрации токсических элементов выявлено у 20 (52,6 %) больных алопецией, в основном за счет Pb – у 12 (31,6%), Cd – у 10 (26,3 %), Al – у 7 (18,4 %), Hg – у 5 (13,5 %).

Превышение содержания токсических химических элементов в 2 и более раза отмечено у 12 (31,6 %) больных ГА, в основном по Pb – у 11 (28,9 %), Cd – у 7 (18,4 %), Al – у 5 (13,2%), Hg – у 3 (7,9 %).

Повышенное содержание 2 и более потенциально токсических и токсических химических элементов обнаружено у 3 (7,9 %) и у 13 (34,2 %) больных алопециями соответственно, наиболее выражено по Sr, Cd, Al, Hg.

Выводы

Таким образом, у всех больных ГА выявлены дефициты жизненно важных (эссенциальных) макро- и микроэлементов (S, Se, Zn, Mn) при одновременном повышении содержания потенциально токсических и токсических химических элементов (Pb, Cd, Al, Hg), что может объяснить среднетяжелое и тяжелое течение дерматоза за счет влияния этих изменений на матрицу волосяных луковиц. Выявленные изменения необходимо учитывать, как при лечении больных, так и при планировании реабилитационных мероприятий.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Авцын А.П. Микроэлементозы человека: этиология, классификация, органопатология / Авцын А.П., Жаворонков А.А., Риш М.А. – М.: Медицина, 1991. – 46 с.
2. Болотная Л.А. Очаговая и диффузная алопеция / Л. А. Болотная, Ю. С. Бобейко // Международный медицинский журнал. – 2002. – Т. 8, № 1/2. – С. 178-180.

3. Проценко Т.В. Особенности микроэлементозов у рабочих промышленных предприятий, болеющих хроническими дерматозами / Т.В. Проценко, И.В. Куценко, О.Н. Самотой

// Дерматология та венерология. – 2003. – № 3. – С. 16-19.

4. Буянова О.В. Дослідження вмісту мікро- та макроелементів в волоссі у хворих західного регіону дифузними та дрібновогнищевими формами алопеції / О. В. Буянова, Л. О. Хімейчук // Журнал дерматовенерології, косметології ім. М.О. Горсуєва. - 2007. - № 1-2. - С. 148.

5. Determination of normal concentration levels of Cd, Cr, Cu, Hg, Pb, Se and Zn in hair of the child population in the Czech Republic / B. Benes, J. Sladka, V. Spevackova [et al.] // Centr. Eur. J. Public Health. – 2003. – Vol. 11, № 4. – P. 184 – 186.

Chernovol A.S., Palchik C.C.

Features of changes of chemical elements in patients with alopecia areata

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – to study chemical content of macro- and microelements with alopecia areata (AA) and to determine their value in the degree of severity of dermatosis.

Materials and methods. We observed 38 patients with AA (30 women and 8 men, aged from 4 to 65 years). All the patients at the time of the survey established a progressive stage of the disease. Diagnosis of diselementosis carried out by the presence of clinical manifestations of dermatosis in combination with laboratory evidence of deficiency or excess of chemical elements.

Results and discussion. In determining the concentration of chemical elements in all 38 patients with AA revealed varying degrees of severity change in the number of macro- and microelements of all study groups.

Conclusions. The revealed changes need to be considered as the treatment of patients, and in the planning of rehabilitation measures.

Keywords: macronutrients, micronutrients, alopecia areata.

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ

УДК 613.88-057.874

Бабюк И.А., Побережная Н.В.

ПОЛОВОЕ ПРОСВЕЩЕНИЕ МОЛОДЕЖИ КАК ПРОФИЛАКТИКА ЗППП

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Обсуждаются реализации программ полового воспитания, обучения и просвещения, прививание основ здорового образа жизни, зрелого самосознания у молодых людей, как стратегическое направление в борьбе с венерическими болезнями и их осложнениями.

Ключевые слова: половое воспитание, ЗППП.

В последние десятилетия социальные и медицинские исследования во всем мире выявляют выраженную тенденцию в сторону сексуальной активности людей (особенно молодежной среды) [5]. Анализ сексуального поведения подростков показывает начало половой жизни юношей и девушек до 15 – лет в 16,9%, а анализ сексуального поведения заболевших венерическими заболеваниями подтверждает, что в основе распространения этих болезней лежит раннее начало половой жизни [1].

Особая роль при этом отводится кризису в украинском обществе, а также акселерации – более раннему созреванию и более раннему началу сексуальной жизни у лиц обоего пола, нарастанию интенсивности половой жизни, а также увеличению неустойчивых сексуальных связей. При этом преобладающее большинство подростков относится положительно к раннему началу сексуальной жизни и не усматривает никаких элементов безнравственности. Нередко подростки вступают в половые связи после непродолжительного знакомства 1-7 дней со знакомыми или малознакомыми сексуальными партнерами, иногда старше себя на 5 и более лет, довольно часто их меняя. И.И.Мавров (2002) указывает на увеличение числа подростков, занимающихся проституцией. Акселерация молодежи приводит к тому, что к 14-16 годам

возрастает сексуальное влечение, и у части подростков это оказывает доминирующее влияние на их поведение.

Исследования заболеваемости ЗППП у несовершеннолетних, проведенные А.А. Ярошенко (2008) дали возможность обозначить ряд тенденций, нуждающихся в дальнейшем углубленном изучении. В Украине наблюдается резкое снижение национального подхода на душу населения, экономическая депрессия и рост безработицы из-за политического кризиса. Это привело к резкому снижению морального и физического состояния молодежи, связанные с недоеданием, наркоманией, увеличением потребности алкоголя, курением и промискуитетом. Эти негативные факторы часто сопровождаются насилием и ростом детской проституции.

Социальные изменения оказывают значительные изменения на здоровье детей и подростков в отношении роста ЗППП (которые также называют «болезни поведения») [4]. Возбудители этих инфекций начинают широко диссеминировать в человеческой популяции, особенно в подростковых группах (наркоманы, проститутки, безнадзорные и др.). Безусловно, дерматовенерологическая и социальная службы требуют определенной перестройки в отношении методов профилактики и лечения ЗППП у несовершеннолетних, так как нередко несовершеннолетние пациенты предпочитают избегать услуг государственных медицинских учреждений и обращаются к частнопрактикующим врачам, часто другого профиля, либо занимающихся самолечением, учитывая свободную продажу лекарственных препаратов для лечения венерических болезней в аптечной сети. На данном этапе можно говорить о необходимости создания специализированных служб по охране репродуктивного здоровья, которые были бы представлены лечебно – профилактическими учреждениями (например, молодежные клиники, центры сексологического исследования и полового просвещения) с наличием в них обязательных структур для проведения первичной профилактики ЗППП и различных отклонений в сексуальном поведении, организацией полового воспитания, обучение и просвещение всех слоев населения. Вновь

организованные лечебно – профилактические учреждения должны не подменять уже функционирующие учреждения (кожно – венерологические диспансеры, женские консультации, центры планирования семьи и др.), а является дополнительными специализированными медицинскими учреждениями по охране сексуального здоровья подростков, женщин и мужчин за счет перераспределения потоков больных и возложения на эти учреждения четко регламентирующих функций.

Особое значение в борьбе с венерическими болезнями приобретает половое воспитание, обучение и просвещение населения. В целом, половое воспитание – система медико – психологических, гражданских и педагогических мер, направленных на воспитание у детей, подростков и молодежи правильного отношения к вопросам пола.

Задачи полового воспитания – использование половой принадлежности как фактора личностного развития подрастающего поколения, формирование четкой полоролевой идентификации и нравственных межполовых отношений, укрепление брака и семьи. Половое воспитание не может рассматриваться обособленно от общих вопросов воспитания готовящего молодое поколение не только к труду, общественной деятельности, но и к личной жизни. Это и социально – гигиеническая проблема, связанная со здоровьем, работоспособностью, настроением людей, оздоровлением людей, оздоровлением их семейного быта.

Важно помнить, что сексуальность – нормальное качество здорового человека, реализация сексуальных возможностей не должна осуществляться в отчужденных, обезличенных формах, а половое воспитание должно противостоять бездуховному сексу. В сексуальных взаимоотношениях есть угроза заражения венерическими болезнями, СПИДом, нежелательной беременности. Но в подаче информации об этом важно учитывать, что молодых людей больше интересуют положительные аспекты сексуальности: чувство любви, как показать другому человеку, что он тебе нравится, как

познакомиться и т.д. Если этот аспект игнорировать, то, в конце концов, будут потеряны интерес, доверие и правдивость.

Система представлений о возможном в сфере межполовых отношений у каждого человека складывается постепенно и индивидуально. Искусственно ускорять или замедлять этот процесс вредно: результат будет деформированным. Необходимо лишь заложить его правильные основы. При этом будь то воспитание, обучение, представление информации или консультирование, очень важно относиться к молодым людям серьезно и с уважением. Это значит, что надо не просто говорить молодежи, что делать и как себя вести. Должен возникнуть доверительный диалог. Тогда процесс воспитания и обучения будет гораздо более эффективным.

В половом развитии подростков имеется существенная проблема акселерации, когда существует большой разрыв во времени между половым и гражданским созреванием и еще больший – между половой зрелостью и экономической самостоятельностью человека [2]. Девочки в половом отношении созревают к 14 -15 годам, большинство мальчиков – к 16 – 17 годам. Однако половая зрелость в этом возрасте находится в дисгармонии с физическим и психологическим развитием. Разрыв этот составляет 5 и более лет. Одна из задач полового воспитания – сформировать у юношей и девушек понимание смысла этой дисгармонии, воспитывать волевые качества, умение руководить своими чувствами, где важную роль должны играть самосознание и самосозидание развивающейся личности. Половое воспитание целесообразно включать как предмет в школьную программу средней школы. Лучше, если оно начинается и формирует черты личности в этом возрасте, когда большинство учеников еще не являются сексуально активными. Половое воспитание старшеклассников, учащихся ПТУ, студетов ВУЗов должно затрагивать более специфические вопросы, включая различные аспекты психологической и физической совместимости будущих супругов, непосредственные вопросы подготовки к созданию семьи и т.п. На современном этапе можно сформулировать следующие задачи полового воспитания: привитие учащимся

обою пола основных навыков общения и взаимопонимания, способности принимать осознанные решения в сфере межличностных отношений; формирование у подростков ответственного отношения к своему телу и позитивного отношения к здоровому образу жизни и ответственному родительству; привитие учащимся идеи наиболее гармоничного союза семьи, дискредитации ранних добрачных половых связей; обеспечение молодых людей грамотной и систематической информацией, которая даст им возможность понять, что с ними происходит, а также адаптироваться к изменениям, происходящим в период полового воспитания на этапе взросления. Вместе с этим, важно не подменять, воспитание и обучение, которые имеют гораздо более глубокий смысл и задачу, только информацией.

Вопросы межполовых отношений должны рассматриваться в тесной связи с вопросами здоровья, в том числе и репродуктивного. Информация должна быть нравственно безупречной, чтобы воспитание возвышало личность. Умелое воздействие педагогического коллектива в тесном сотрудничестве с родителями и молодыми людьми – важный и необходимый элемент системы полового воспитания. Также в этой сфере деятельность школы должна осуществляться в связи с работой специальных центров, имеющих характер учреждений консультативной и специальной помощи подросткам (например, в случае ранней беременности или венерического заболевания). Учащиеся должны быть ознакомлены с подобными центрами и характером их работы и быть готовы в случае необходимости воспользоваться их помощью. В контроле над ситуацией с венерическими заболеваниями (особенно СПИДом) самым важным является их профилактика, которая органично входит в более широкую программу полового воспитания подростков, полового обучения и просвещения взрослого населения. Причем эта работа должна проводиться активно не только с пациентами кожно – венерологических диспансеров и женских консультаций, а прежде всего, со здоровыми людьми. Помимо учебных заведений, половое просвещение может и должно быть организовано в молодежных центрах, спортивных клубах и др. При этом большие надежды

возлагаются на центры сексологических исследований и полового просвещения, центры планирования семьи, которые вместе с существующими социальными и дерматовенерологическими службами, государственными и общественными организациями могут предоставлять всем слоям населения грамотную и доступную для понимания информацию по профилактике венерических заболеваний и аборт, разъяснять важность сексуального поведения с низким риском инфицирования, содействовать более широкому использованию индивидуальных форм защиты от венерических болезней и нежелательной беременности, включая бесплатное их предоставление социально незащищенным группам, участвовать в подготовке и обеспечении специалистов и населения методической литературой, предоставлять психологическую и консультативную помощь, формировать ответственное отношение у молодежи к своему здоровью и окружающих.

Венерологические аспекты должны освещать: пути распространения венерических заболеваний, их проявления и серьезные последствия; меры личной и общественной профилактики; особое значение своевременного обращения заболевшего к врачу, четкое выполнение рекомендаций, недопустимость и вред самолечения; организацию борьбы с венерическими болезнями, достижения и развития форм работы медицинских и социальных служб в борьбе с ЗППП. Следует отметить, что без конкретной развернутой программы слаженной работы медицинских и социальных служб, государственных и общественных организаций немислима успешная работа по борьбе с венерическими болезнями [3].

Масштабность работы, которую не обходимо проводить, диктует необходимость пересмотра и перестройки сложившейся системы межведомственных отношений и правовых методов указанных структур, вытекающих из необходимости построения демократической республики. Она может быть эффективна только при условии учета всей сложности взаимосвязанных между собой эпидемиологических, микробиологических, географических, экономических и социальных факторов, способствующих

распространению болезней, передающихся половым путем, и проведения комплекса научных, методических и административно – социальных мер, направленных на улучшение современной специализированной медицинской помощи жителям Донбасса, а также предоставления полной информации широким слоям населения об опасности этих заболеваний, возможных осложнениях для их здоровья и потомства, путях передачи, мерах профилактики, индивидуальной ответственности за свое здоровье и окружающих, утверждения здоровой человеческой морали.

Таким образом, самое серьезное внимание следует уделять подготовке кадров на всех уровнях общеобразовательных, социальных и медицинских служб. Помимо высокого профессионализма, из задач является внесение максимального посильного вклада в формирование у граждан (особенно молодежи) нашего нового общества чувства патриотизма и ответственности перед будущим поколением.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Гуткев О.Л. Хвороби, що передаються статевим шляхом: захворюваність в Україні// Фармакологія та венерологія.-№1.-2002.-С.55 -57/.
2. Мавров И.И. Медицинские и социальные проблемы современной проституции// Дерматология и венерология.-№1.-2002.-С.50-54.
3. Федоренко О.Є. 25 років зусиль та надій щодо подолання ВІЛ/СНІД//Дерматовенерологія.Косметологія. Сексопатологія.-2006.-№1-2.- С.121-124.
4. Ярошенко А.А. Особенности распространения половых инфекций в крупном промышленном и портовом городе// Журнал дерматовенерологии и косметологии.-№1-2.-2008.-С.66-73.
5. Aral S.O.,Blanchard J.F. Phase specific approaches to the epidemiology and prevention of sexually transmitted diseases// Sex. Transm. Inf.-2002.-Vol.78.-P.11-12.

Babyuk I.A., Poberezhnaya N.V.

Sexuality education of young people as prevention of sexually transmitted diseases

Donetsk National Medical University named after M.Gorky

Discussed the implementation of sex education programmes, training and education, instilling the fundamentals of a healthy lifestyle, Mature identity in young people, as a strategic direction in the fight against sexually transmitted diseases and their complications.

Keywords: sex education, disease sexually transmitted.

Бабюк И.А., Титиевский С.В., Побережная Н.В., Рымарь И.Б.

ИНФОРМАЦИОННЫЕ ТЕХНОЛОГИИ ПРИ ОБУЧЕНИИ ВРАЧЕЙ – КУРСАНТОВ ФИПО

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Обсуждаются базовые вопросы качества подготовки врачей психиатров, психотерапевтов, наркологов, влияющие на постоянное их профессиональное развитие в клинической практике

Ключевые слова: информационные технологии, врачи-курсанты психиатры, психотерапевты, наркологи.

Потребности общества обуславливают социальную ориентированность системы образования, направленную на подготовку специалистов, владеющих прогрессивными методами поиска, извлечения, систематизации необходимых знаний и умеющих применять их на практике.

Основной педагогической задачей преподавателя медицинского ВУЗа является помощь врачам курсантам в их самостоятельном развитии, формировании и совершенствовании их как специалистов. Основным методом обучения в настоящее время является деятельностный подход, а сам процесс обучения все чаще называется учебная деятельность [1;5]. При этом преподаватель выступает как консультант, помогающий врачам курсантам в поиске, сборе, анализе информации, необходимой для принятия правильного алгоритма действий. Врачи курсанты являются активными исследователями, творчески и самостоятельно работающими над решением учебных и практических задач. Деятельностный подход в обучении позволяет врачам курсантам быстрее и полнее получить необходимые знания и, что очень важно, научиться правильно их применять в дальнейшей практической деятельности. Практическая направленность системы обучения врачей курсантов является приоритетной. В этом процессе в последние годы существенную помощь оказывают новые информационные технологии и интернет[2], что помогает

врачам курсантам вначале под контролем преподавателя, а затем и самостоятельно работать с каталогами, электронными носителями, ориентироваться в информационном пространстве. Таким образом, врачи курсанты могут овладевать новыми и совершенствовать имеющиеся знания. Стратегической целью овладения новыми и совершенствования имеющихся знаний является их практическая направленность, полученная теоретическая подготовка позволит врачам психиатрам, психотерапевтам и наркологам в дальнейшем значительно улучшить качество выполняемой ими работы. Освоения методики работы с использованием ресурсов интернет позволяет врачам интернам и курсантам детальнее изучать вопросы общей и частной психиатрии, психотерапии и наркологии, подробнее ознакомиться с редко встречающимися нозологическими формами и синдромами, особенностями клинического течения заболевания и терапии.

Педагогический процесс – это личностно ориентированный процесс обучения, целью которого является совершенствование профессиональной подготовки врача психиатра, психотерапевта, нарколога, обретение ими новых знаний и умений применять полученные знания в повседневной практической деятельности, что улучшит качество оказываемой медицинской помощи. Новые информационные технологии помогают оптимизировать этот процесс, повысить эффективность обучения, причем обязательным условием является прочная связь новых знаний с полученными ранее знаниями и собственным профессиональным опытом. Соблюдение принципов индивидуального подхода в обучении врачей курсантов формирует у них научный склад мышления.

Новые информационные технологии служат осуществлению следующих задач:

- оказанию методической помощи преподавателям в подготовке к проведению занятий;
- предоставлению преподавателям дидактического материала, методических пособий для проведения занятий, формирование электронного

методического сборника, информирование преподавателей о сетевых информационных ресурсах;

- созданию банка методических разработок [4].

Сотрудниками кафедры разрабатывается определенная стратегия и тактика применения новых информационных технологий, особенно важная роль отводится организации предметно – ориентированной подготовки с использованием интернет ресурсов[3].

Для совершенствования методической деятельности важна разработка новых учебно – методических пособий и материалов (индивидуально каждым преподавателем и коллективно сотрудниками кафедры), которые помогут врачам интернам и курсантам быстрее и полнее овладевать необходимой информацией и уметь быстро и правильно использовать полученные знания в своей дальнейшей практической работе.

Развитие дидактического мышления способствует стимуляции интереса к новым знаниям, восприятию их как составной части с дальнейшим анализом, абстрагированию и обобщению, установлению закономерностей в решении возникающих проблем, что формирует у врачей интернов и курсантов научную направленность мышления.

Выводы

Таким образом, после окончания обучения на курсах повышения квалификации врачи интерны и врачи курсанты психиатры, психотерапевты и наркологи, опираясь на полученные знания, имеют возможность существенно улучшить свою практическую медицинскую деятельность и качество оказания медицинской помощи населению.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Атанов Г.А. Методологические основы деятельности похода в обучении//ПостМетодика.-2002.-№2-3.-С.7-11 .

2. Атанов Г.А., Кандрашин Г.В.Фреймовая организация компьютерной обучающей программы, реализующая деятельный поход//Искусственный интеллект.-1996.-№1.-С.44-53.

3. Атанов Г.А., Локтюшин В.В. Организация вводно-мотивационного этапа деятельности в компьютерной обучающей системе// Искусственный интеллект.-2010.-№1.-С.8-18.

4. Балл Г.А.О психологическом содержании понятия «задача»//Вопросы психологии.-1970.-№6.-С.21-22.

5. Решетова З.А.Процесс усвоения как деятельность//Современные проблемы дидактики высшей школы:Сб.избр. трудов Междунар.Конф.- Донецк:Изд-во ДонГУ.-2007.-с.3-12.

Babyuk I.A., Titievsky S.V., Poberezhnaya N.V., Rymar I.B.

Information technology in teaching doctors - students fipo

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Discusses basic of quality of training of doctors and psychiatrists, psychotherapists, drug affecting their constant professional development in clinical practice

Keywords: information technology, students, doctors psychiatrists, psychotherapists, narcologists.

УДК: 616.5+378.096:378.244.2

*Белик И.Е., Романенко К.В., Иванова И.П., Гридасова В.Д., Гупало Л.А.,
Ермилова Н.В., Кравец Е.В.*

ОПЫТ ПРОВЕДЕНИЯ СТУДЕНЧЕСКОЙ НАУЧНОЙ ОЛИМПИАДЫ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

С целью повышения мотивации студентов к углубленному изучению дерматовенерологии впервые в ДонНМУ на кафедре дерматовенерологии ДонНМУ была проведена внутривузовская студенческая олимпиада по дисциплине «дерматовенерология», разработаны регламент проведения и методические материалы олимпиады. По отзывам студентов-участников, студенческая олимпиада на кафедре дерматовенерологии была организована на высоком методическом и практическом уровне, а само участие в олимпиаде вызвало у студентов значительный интерес к углубленному изучению дисциплины «дерматовенерология».

Ключевые слова: студенческая олимпиада, регламент, дерматовенерология.

Стимулирование мотивации студентов к овладению знаниями, умениями и навыками по дисциплине «Дерматовенерология» является приоритетной задачей педагогической деятельности коллектива кафедры дерматовенерологии Донецкого национального медицинского университета им. М.Горького (ДонНМУ). Одной из форм повышения мотивации студентов к учебно-исследовательской деятельности, участию в конкурсах профессионального мастерства является студенческая научная олимпиада, которая впервые была проведена на кафедре дерматовенерологии ДонНМУ в форме очных соревнований в творческом применении знаний и умений студентов по дисциплине «дерматовенерология».

Целью проведения олимпиады явилось повышение интереса студентов медицинских факультетов к изучению дерматовенерологии в рамках специальностей Лечебное дело, Педиатрия, Стоматология и Медико-профилактическое дело. Основными задачами проведения олимпиады были выявление одаренных студентов и создание условий для раскрытия их

профессионально-личностного и творческого потенциала, самореализации и развития профессиональных способностей; повышение престижа и социальной значимости дерматовенерологии как медицинской профессии, а также стимулирование творческого потенциала участников олимпиады.

Материалы и методы исследования

Участниками олимпиады явились студенты 4 курса медицинских факультетов ДонНМУ. Непосредственным организатором внутривузовской студенческой олимпиады стала кафедра дерматовенерологии ДонНМУ. В течение двух месяцев на кафедре осуществлялась подготовка к проведению олимпиады – был определен общий регламент студенческой олимпиады по дисциплине «дерматовенерология», сформирован организационный комитет и жюри студенческой олимпиады, подготовлены методические материалы и конкурсные задания олимпиады, разработана бальная оценка этапов олимпиады. Оргкомитетом олимпиады была проведена широкая агитация студентов к участию в олимпиаде – студенты 4 курса медицинских факультетов, проходившие обучение на кафедре дерматовенерологии в данном семестре были заранее информированы о сроках и порядке проведения олимпиады на кафедре. Заявки от факультетов ДонНМУ на участие студентов в олимпиаде были поданы за 15 дней до начала олимпиады, что позволило оргкомитету подготовить достаточное количество практических заданий в соответствии с предполагаемым количеством участников олимпиады.

Результаты и их обсуждение

В день проведения студенческой олимпиады оргкомитет олимпиады осуществлял техническое и методическое сопровождение олимпиады, жюри было сформировано из преподавателей кафедры дерматовенерологии и приглашенных преподавателей кафедры дерматовенерологии и косметологии ДонНМУ, которые проводили анализ работ участников при подведении итогов каждого этапа олимпиады и определяли призеров и победителей. Олимпиада по дерматовенерологии проводилась в три этапа – на каждом этапе ответственным за проведение этапа был назначен один из членов Жюри олимпиады.

Длительность каждого этапа сообщалось участникам перед его началом. I этап – теоретический состоял из ответов на блиц-опрос по фотоматериалам (слайды-фотографии типичного очага поражения при различных дерматозах или фотография типичного симптома). Участники должны были сформулировать предварительный диагноз и (или) определить симптом. За правильный ответ по слайду студент получал 1 балл (50 слайдов – 50 баллов), если участник олимпиады отвечал более чем на 60% заданий (≥ 30 баллов) – он проходил в следующий тур олимпиады. II этап – практический состоял из решения двух ситуационных задач, предусматривающих постановку диагноза с его обоснованием и назначение лечения. Каждая ситуационная задача оценивалась в 15 баллов – за этот этап участник мог получить максимально 30 баллов. По результатам II этапа были определены 5 лучших участников, которые прошли в финальный III тур олимпиады. III этап студенческой олимпиады – практический заключался в работе с пациентом. В этом этапе принимали участие 5 студентов, набравших наибольшее количество баллов по результатам первых двух этапов. Максимальное количество баллов за этот этап – 15. Безопасность пациента обеспечивалась дежурным преподавателем. Участники третьего этапа олимпиады должны были провести комплексное обследование пациента: 1) собрать жалобы и анамнез заболевания, 2) описать очаг поражения и поставить предварительный диагноз, 3) составить план обследования больного, 4) определить основные принципы лечения больного, 5) сформулировать окончательный диагноз. Три участника, набравшие максимальное количество баллов за этот этап стали победителями Олимпиады. Общее время проведения олимпиады составило 130 минут.

На каждом этапе олимпиады заполнялась ведомость, где отмечалась балльная оценка каждого участника олимпиады. По окончании олимпиады был составлен итоговый протокол олимпиады, в котором было указано количество участников каждого этапа олимпиады и победители этапов (полученные баллы победителей за каждый этап). По сумме наибольшего количества баллов, набранных участниками, были определены три первых победителя олимпиады,

которые были награждены Дипломами победителей олимпиады (I, II и III места). Остальные участники внутривузовской студенческой олимпиады на кафедре дерматовенерологии получили Сертификаты участников олимпиады.

Выводы

Таким образом, впервые в ДонНМУ на кафедре дерматовенерологии ДонНМУ была проведена внутривузовская студенческая олимпиада по дисциплине «дерматовенерология», которая, по отзывам студентов-участников, была организована на высоком методическом и практическом уровне, а само участие в олимпиаде вызвало у студентов значительный интерес к углубленному изучению дисциплины «дерматовенерология».

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цыбусов С.Н., Терентьев И.Г., Светозарский. Медицинское олимпиадное движение как путь в специальность // Медицинский альманах. - 2013. - №1(25). – С.25-27.

2. Стяжкина С.Н., Привалова И.А., Нугманов А.И. и др. Всероссийская студенческая Олимпиада по хирургии // Проблемы современной науки и образования. – 2014. - №2(20). – С.

3. Положение о II региональной студенческой олимпиаде Дальневосточного Федерального Округа по хирургии (26-27 февраля 2015 года). Утверждено 14.12.2014. - 21 с.

*Belik I.E., Romanenko K.V., Ivanova I.P., Gridasova V.D., Gupalo L.A., Ermilova N.V.,
Kravets E.V.*

Experience of student scientific olympiad on department of dermatovenerology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

With the purpose of increase of students motivation to the deep study of dermatovenerology first in Donetsk national medical university on the department of dermatovenerology the student olympiad on discipline "dermatovenerology" was conducted, regulation of realization and methodical materials of olympiad are worked out. On the reviews of students-participants, a student olympiad on the department of dermatovenerology was organized at high methodical and practical level, and the self participating in an olympiad caused for students considerable interest in the deep study of discipline "dermatovenerology".

Keywords: student competition, the rules, skin and venereal diseases.

УДК 616.5+616.97](075.5)

*Проценко Т.В., Проценко О.А., Черновол А.С., Лукьянченко Е.Н.,
Заблоцкая А.Г.*

ОБУЧЕНИЕ ПО МЕДИЦИНСКОЙ КОСМЕТОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель исследования – анализ потребностей врачей в обучении по актуальным вопросам медицинской косметологии.

Материал и методы исследования. Проведено анкетирование 128 врачей (92 женщин и 16 мужчин), оказывающих услуги по медицинской косметологии. Анкета включала 9 вопросов, отражающих уровень подготовки, возможности и потребности в получении специальных знаний. Полученные данные обработаны статистически по стандартным программам.

Результаты и их обсуждение. Все анкетированные врачи имели стаж работы в медицинской косметологии до 3-х лет, среди них ранее работали по специальности терапевт – 67,9%, гинеколог – 9,4%, оториноларинголог – 2,3%, хирург – 4,7%, педиатр – 12,5%, инфекционист – 3,1%. 69 (53,9%) чел. Ежемесячно оказывали медицинскую помощь пациентам с проблемами кожи 28,9% врачей, при этом 71,9% специалистов испытывали трудности в ведении таких лиц. Источником получения знаний по дерматологии у 53,1% врачей были только курсы переподготовки, 5,5% врачей информацию получали на медицинских конференциях, 10,2% – из медицинских периодических изданий, только 14% врачей пользовались интернет-ресурсом. 87,5% анкетированных врачей хотели на постоянной основе, но прерывистыми непродолжительными курсами получать информацию по актуальным разделам медицинской косметологии.

Выводы. Показана потребность организации обучения специалистов, занимающихся медицинской косметологией в рамках постоянного прерывистого повышения квалификации.

Ключевые слова: обучение, медицинская косметология, анализ потребностей.

Медицинская косметология предполагает оказание косметологических услуг в связи с различными эстетическими проблемами, которые нередко оказываются дерматологическими проявлениями той или иной соматической патологии, иногда – первым ее клиническим проявлением. От квалификации и подготовки специалистов, оказывающих косметологические услуги, может

зависеть не только качество косметологической помощи, но и прогноз течения основного заболевания, своевременность постановки диагноза и т.п. Особую актуальность в связи с этим приобретают вопросы профессиональной подготовки специалистов, преемственность в ведении таких пациентов с других специальностей дерматологами, умение организовать информационно-обучающую эстетическую поддержку [1, 2].

В связи с изложенным, **целью проведенного исследования** был анализ потребностей врачей в обучении по актуальным вопросам медицинской косметологии.

Материалы и методы исследования

Проведено анкетирование 128 врачей (92 женщин и 16 мужчин), оказывающих услуги по медицинской косметологии.

Анкеты включали следующие вопросы: 1) стаж работы врачом; 2) стаж работы в сфере медицинской косметологии, 3) предшествующая специальность; 4) сколько пациентов в месяц в течение последнего года обращались в связи с дерматологической патологией (1-2 человека, 3-5 пациентов, свыше 5 больных); 5) какая кожная патология встречалась на приеме чаще (аллергические и контактные дерматиты, экзема, псориаз, гнойничковая сыпь, вирусные дерматозы, атопический дерматит, другая); 6) как оцениваете свои знания по дерматологии (отсутствуют, не достаточные, достаточные для оказания первичной помощи); 7) источник получения информации по дерматологии (курсы переквалификации, конференции, медицинские книги, журналы, медицинские газеты, другое); 8) пользуетесь ли интернетом для получения информации (да, нет доступа, не умею), 9) потребность в получении информации по медицинской косметологии (на тематических курсах, мастер-классах, «круглых столах» и др.).

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

Результаты и их обсуждение

При анализе общего стажа врачебной деятельности (от 5 до 18 лет) отмечено, что все анкетированные врачи имели стаж работы в медицинской косметологии до 3-х лет, среди них ранее работали по специальности терапевт – 87 (67,9%) чел., гинеколог – 12 (9,4%) чел., лор-врач – 3(2,3%) чел., хирург – 6 (4,7%) чел., педиатр – 16 (12,5%) чел., инфекционист – 4(3,1%) чел.

Большая часть врачей – 69 (53,9%) чел. ежемесячно оказывали медицинскую помощь 3-5 пациентам с проблемами кожи, каждый третий врач – 37 (28,9%) чел. оказывал услуги 1-2 пациентам и лишь 22 (17,2%) врачей - более 5 кожных больных.

Среди дерматологической патологии наиболее часто отмечали аллергические дерматиты (44% обращающихся больных), несколько реже – гнойничковые и вирусные дерматозы (22% и 20% больных соответственно), угревую сыпь и акне – 13%, псориаз – 7% пациентов.

При такой частой встречаемости кожной патологии только 36 (28,1%) врачей обладали достаточными знаниями для назначения лечебных рекомендаций, 92 (71,9%) врачей испытывали трудности в ведении таких больных.

Источником получения знаний по дерматологии у 68 (53,1%) врачей были только курсы переподготовки, 7 (5,5%) врачей дополнительную информацию получали на медицинских конференциях, 13 (10,2%) врачей – из медицинских периодических изданий. Только 18 (14%) врачей пользовались интернет-ресурсом, остальные – или не имели доступа, или не могли пользоваться компьютерами. В то же время 112 (87,5%) анкетированных врачей хотели на постоянной основе, но прерывистыми непродолжительными курсами получать информацию по актуальным разделам медицинской косметологии.

Учитывая сложившуюся ситуацию – достаточное количество дерматологических пациентов, обращающихся за медицинской помощью к врачам различных специальностей и недостаточный объем знаний у специалистов после кратковременной переспециализации, вариантом решения

проблемы могут быть: 1) выездные курсы тематического усовершенствования по актуальным вопросам дерматологии, 2) он-лайн конференции по актуальным вопросам медицинской косметологии, 3) междисциплинарные научно-практические конференции в рамках постоянного прерывистого повышения квалификации (с фиксированным местом проведения, фиксированным днем месяца и фиксированным временем), 4) выездные тематические «Круглые столы» и мастер-классы с привлечением ведущих спикеров.

Кафедра дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького на протяжении последних 15 лет проводит различные формы обучения, переспециализации и тематического усовершенствования по актуальным вопросам эстетической медицины, выездные курсы тематического усовершенствования по следующим темам: «Актуальные вопросы детской и подростковой дерматологии», «Физиотерапия в дерматологии», «ВИЧ-ассоциированные дерматозы», «Доброкачественные и злокачественные опухоли кожи», «Основы трихологии», «Дерматоскопия в клинической дерматологии и эстетической медицине» и др.

Проведение тематического усовершенствования, организованное без потери рабочего времени (после основной работы), позволяет «приблизить» возможность профессионального совершенствования врачей, независимо от территориальной отдаленности, обеспечить на местах организационно-методическую помощь и осуществить принцип постоянного обучения, что существенно может повысить качество оказания медицинских услуг.

Выводы

Таким образом, успешное развитие медицинской косметологической практики невозможно без соблюдения регламентирующих правил, компетентных и квалифицированных кадров и постоянно действующей системы их подготовки и переподготовки. Компетенция кадров – это сочетание знаний и навыков, мотивации и личных возможностей. Показана потребность организации обучения специалистов, занимающихся медицинской косметологией в рамках постоянного прерывистого повышения квалификации.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРЫ:

1. Казаков В.М., Талалаєнко А.М., Гаріна М.Г., Каменецький М.С. Система безперервної медичної освіти (методологія, управління).- Донецьк: Здоров'я, 1994. – С.40-41.

2. Елисеєва Ю.А. Системний підхід к управленію качеством образовательного процесса в вузе //Интеграция региональных систем образования. – Саранск, 2003. – 110 с.

*Protsenko T.V., Protsenko O.A., Chernovol A.S., Lukyanchenko E.N.,
Zablotskaya A.G.*

Training for medical cosmetology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Aim of the study – analysis of the needs of physicians in training on topical issues of medical cosmetology.

Materials and methods. Carried out survey of 128 physicians (92 women and 16 men), providing services in medical cosmetology. The questionnaire included 9 questions reflecting the level of training, opportunities and needs for specialized knowledge. The data obtained were processed statistically by the standard programs.

Results and discussion. All respondents doctors had been working in the medical cosmetology up to 3 years, among them previously worked in the specialty physician - 67.9%, a gynecologist - 9.4%, Otolaryngologist - 2.3%, the surgeon - 4.7%, pediatrician - 12.5%, infectious diseases - 3.1% .69 (53.9%) persons. Monthly provided medical care to patients with skin problems 28.9% of physicians, while 71.9% of specialists had difficulties in the conduct of such individuals. The source of knowledge on dermatology at 53.1% of physicians were only training courses, 5.5% of physicians received information on medical conferences, 10.2% - from medical periodicals, only 14% of physicians use the Internet resource. 87.5% of respondents would like doctors on a regular basis, but intermittent short duration courses to obtain information on current topics of medical cosmetology.

Conclusions. It demonstrated the need for the organization of training professionals involved in medical cosmetology in the framework of a permanent intermittent training.

Keywords: training, medical cosmetology, an analysis of needs.

Смирнова А.Ф., Кардаш А.М., Голубов К.Э., Котлубей Г.В.

МЕТОДОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРЕПОДАВАНИЯ ВОПРОСОВ НЕЙРООФТАЛЬМОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Резюме

Работа посвящена вопросам организации преподавания вопросов нейроофтальмологии в процессе последипломного образования врачей. В статье обобщен опыт работы кафедры офтальмологии, уделено внимание поиску новых форм обучения.

Ключевые слова: нейроофтальмология, обучение.

Нейроофтальмология, возникшая на стыке неврологии, нейрохирургии и офтальмологии, достаточно молодая область медицины, тем не менее, крайне важная и необходимая. Потому каждому из врачей данных специальностей необходимо для повышения уровня своей профессиональной квалификации знакомство с основными нейроофтальмологическими симптомами, умение оценивать и сочетать их с неврологическим статусом. Все это выходит за традиционные рамки каждой определённой профессии. Нейроофтальмология практически не преподается в медицинских институтах и ординатуре. На курсах повышения квалификации врачей нейроофтальмология освещается фрагментарно, что создает определенные сложности в практической работе. Несмотря на современные методы обследования и уточнения диагноза, такие как КТ и МРТ, необходима ранняя диагностика нейроофтальмологической патологии, от которой зависит исход заболевания. К сожалению, врачей специализирующихся по нейроофтальмологии очень мало.

Особенности строения зрительной системы делают практически невозможным её разграничение с нервной системой, изучением которой занимаются, прежде всего, офтальмологи, невропатологи и нейрохирурги. Учитывая этот факт занятия на цикле «Современные аспекты нейроофтальмологии» начинается с изучения анатомии зрительно – нервного анализатора и мозговых структур окружающих его, а также их функции.

Нейроофтальмологические расстройства обычно являются следствием поражения нервной ткани и потому могут указать на уровень повреждения как зрительно – нервного анализатора, так и мозговой ткани.

На практических занятиях особое внимание уделяется разбору патологии хизмально – селлярной области, нейроофтальмологическим симптомам при черепно – мозговой травме как в остром периоде, так и в более отдаленном, дифференциальной диагностике отека диска зрительного нерва – одного из крайне опасных нейроофтальмологических симптомов повышенного внутричерепного давления для нейрохирургов и невропатологов.

Большой интерес окулисты проявляют к теме «Нистагм и его виды, диагностика, тактика». В процессе изучения данной темы демонстрируется видеофильм, посвященный современным методам хирургического лечения нистагма.

Проявления нейроофтальмологической патологии могут быть при многих приобретенных и наследственных заболеваниях и входить в сферу интересов врачей многих клинических специальностей: терапии, педиатрии, эндокринологии, инфекционных болезней, венерологии, гематологии, нефрологии. Знание нейроофтальмологических симптомов могут быть полезными для распознавания некоторых наследственно – дегенеративных, нервно – мышечных болезней, заболевания соединительной ткани, дисметаболических расстройств, а также для уточнения причин экзогенной и эндогенной интоксикации. Лекции о демиелинизирующих заболеваниях и врожденных аномалиях диска зрительного нерва с последующим проведением семинаров вызывают у врачей – офтальмологов активную дискуссию [1].

Теоретические знания цикла «Современные аспекты нейроофтальмологии» тесно связаны с разбором всех вопросов на практике. Учитывая то, что нейроофтальмологические симптомы наблюдаются при целом ряде патологических состояниях, не встречающихся в офтальмологических клиниках, практические занятия данного цикла проходят на различных клинических базах. Так курсанты в начале цикла занимаются на базе

офтальмологического отделения, затем занятия проводятся на базе неврологического и нейрохирургического отделений и завершается цикл в Республиканской травматологической больнице. В ходе занятий на клинических врачи-курсанты общаются с больными, проводят офтальмологическое их обследование, активно участвуют в клинических разборах, уточняют предварительный диагноз, необходимые методы обследования, планируют консультации других специалистов. Такой скрупулезный подход к проведению практической части цикла обусловлен тем, что в большинстве случаев офтальмолог своими знаниями нейроофтальмологии помогает врачам других специальностей сориентироваться в определении патологического процесса, его локализации, характере, определении дальнейшей тактики, а дальше он передает больных для дальнейшего обследования и лечения у нейрохирурга либо невропатолога. И только в случаях, когда этиология найденной патологии зрительно – нервного анализатора является сугубо уделом офтальмолога, он берет на себя лечение этого больного. Детализация алгоритма нейроофтальмологического обследования необходима, так как оно, в большинстве случаев, проводится в условиях поликлиник, в штате которых нет нейроофтальмолога, и эти проблемы, которые порой бывают не слишком простыми, приходится решать офтальмологу и невропатологу, что требует обоюдного знакомства с основами нейроофтальмологии.

Необходимо отметить, что знакомство с основами нейроофтальмологии была бы полезным и врачам других специальностей, прежде всего семейным врачам, от которых зависит правильность последующих тактических мероприятий, направленных на уточнение топических и этиологических мероприятий, уточнение диагноза и составлении для больного последующего маршрута обследования и лечения.

Таким образом, расширяя свои знания по нейроофтальмологии как офтальмологи, так и невропатологи смогут содействовать, распознаванию

многих заболеваний не только в их диагностике, но и контроля над течением основного патологического процесса и его лечения.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Муравьев К.А., Ходжаян А.Б., Рой С.В. Симуляционное обучение в медицинском образовании- переломный момент // *Фундамент. исследования.* – 2011. – № 10(3). – С. 534-537.

Smirnova A.F., Kardash A.M., Golubov K.E., Kotlubey G.V.

Methodological aspects of teaching questions of neuroophthalmology

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Work is devoted to questions of the organization of teaching questions of neuroophthalmology in the course of post degree education of doctors. In article experience of department of ophthalmology is generalized, the attention is paid to searching of new forms of education.

Keywords: neuroophthalmology, tutoring.

РОЛЬ СИМУЛЯЦИОННОГО ОБУЧЕНИЯ В ПРОЦЕССЕ ПОДГОТОВКИ ВРАЧА-ОФТАЛЬМОЛОГА

Донецкий национальный медицинский университет им.М. Горького

Резюме

Работа посвящена вопросам организации симуляционного обучения офтальмологов. В работе приводятся этапы данного вида обучения.

Ключевые слова: офтальмология, симуляционное обучение.

Процессы реформирования и модернизации здравоохранения выявили с особой остротой проблему профессиональной подготовки медицинских работников. Одним из главных направлений в сфере высшего медицинского образования является необходимость значительного усиления практического аспекта подготовки будущих врачей при сохранении должного уровня теоретических знаний.

При прохождении клинических разделов офтальмологии далеко не всегда осуществляется полноценный разбор каждого из курируемых больных и уж тем более контроль преподавателя за качеством выполнения каждым интерном объективного обследования пациента. В реальной клинике эта ситуация усугубляется отсутствием индивидуальной обеспеченности обучающегося тематическими больными и вынужденной работой в группе.

В этой связи появление возможностей в организации фантомного и симуляционного обучения интернов видится нам как разумное и необходимое направление в учебном процессе. В настоящее время симуляторы используются для обучения и объективной оценки обучающихся во многих областях деятельности человека, предполагающих высокие риски. Методики симуляционного обучения в медицине известны уже давно [1]. Использование симуляторов, манекенов, фантомов позволяет многократно отрабатывать определенные упражнения и действия при обеспечении своевременных, подробных профессиональных инструкций в ходе работы. Именно симуляторы

могут многократно и точно воссоздать важные клинические сценарии и возможность адаптировать учебную ситуацию под каждого обучающегося. Однако в доступной нам литературе мы нашли мало убедительных данных об использовании симуляторов в линейных программах обучения интернов.

Работе с методикой симуляционного обучения предшествует анализ и оценка теоретической подготовки врача. Для этой цели на кафедре офтальмологии ФИПО ДонНМУ в течение ряда лет уже внедрен специально разработанный курс многоуровневого контроля качества теоретической подготовки по основным разделам офтальмологии (например, патология орбиты, сетчатки и др.).

После положительной оценки теоретических знаний обучающиеся переходят в учебные залы для освоения практических навыков, где по темам собраны тренажеры для отработки отдельных медицинских манипуляций: оценка степени экзофтальма, угла косоглазия, отработка техники микрохирургических манипуляций и др. Затем следует этап компьютерной имитации, когда в условиях класса врач-интерн должен пройти определенные модули интерактивной учебной программы (офтальмоскопия заднего отрезка глаза и др.).

А затем, имея теоретическую подготовку (первый этап), владея практическими навыками (второй этап) и отработав виртуальный алгоритм лечения неотложных состояний, тактики медикаментозной терапии и хирургического лечения, интерн приступает к симуляционной части обучения, где в условиях, приближенных к настоящим, путем многократного повторения и разбора ошибок добивается совершенства своих психомоторных навыков, навыков работы с оборудованием и пациентом, навыков работы в команде.

Такая система подготовки молодого специалиста необходима для того, чтобы он чувствовал себя увереннее при работе с пациентами, т.е. учебный процесс построен так, чтобы интерн к моменту прихода на заочную базу подготовки в полном объеме освоил теоретический материал, отработал на манекенах и симуляторах манипуляции и клинические приемы согласно

требованиям государственных образовательных стандартов, а также уже имел определенный клинический опыт.

Таким образом, мы предлагаем рассматривать симуляционные технологии в обучении молодого врача офтальмолога не только как составную часть клинической подготовки, а более того, как один из механизмов, запускающих и формирующих клиническое мышление на высоком и мотивированном уровне. Следовательно, эти формы обучения нуждаются в детерминированной методологической поддержке и контроле со стороны ведущих учебно-методических объединений, научной оценке и дальнейшем исследовании и совершенствовании.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Муравьев К.А., Ходжаян А.Б., Рой С.В. Симуляционное обучение в медицинском образовании- переломный момент // *Фундамент. исследования.* – 2011. – № 10(3). – С. 534-537.

Smirnova A.F., Golubov K.E., Kotlubey G.V.

Role of simulyatsionny tutoring in the course of training of the ophthalmologist

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

Work is devoted to questions of the organization of simulyatsionny tutoring of ophthalmologists. Stages of this type of tutoring are given in work.

Keywords: ophthalmology, simulyatsionny tutoring

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

УДК: 616.517-055.1-076/-079

Провизион А.Н.

ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ РЕПРОДУКТИВНОЙ ФУНКЦИИ У МУЖЧИН С ПСОРИАЗОМ ПРИ МЕТАБОЛИЧЕСКОМ СИНДРОМЕ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Распространенность псориаза в различных странах мира колеблется в очень широких пределах – от 0,1 до 4% популяции, мужчины и женщины болеют одинаково часто [1]. Выделяют два типа псориаза: 1й тип, или ранний, которым страдает около 70% больных, развитие заболевания происходит в молодом возрасте (от 18-ти и до 25-ти лет). Псориаз 2-го типа развивается, в основном, у людей старше 40 лет; он не имеет связи с антигенами гистосовместимости, и достаточно часто в процесс, помимо кожи, вовлечены суставы и ногти [2,3].

Псориаз рассматривают как сложное мультифакториальное заболевание с наследственной предрасположенностью, характеризующееся повышенной пролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации и воспалительной реакцией в дерме, обусловленной активированными Т-лимфоцитами и синтезом провоспалительных цитокинов [1,2,4].

Считают, что псориаз сопровождается прогрессирующей дезорганизацией соединительной ткани, сочетающейся с системным пролиферативно-деструктивным васкулитом, что является морфологическим субстратом не только поражений кожи и суставов, но и висцеральной патологии, приводя к развитию так называемых коморбидных заболеваний, то есть имеющих общность морфо- и патогенеза [3,7].

Проведенными ранее морфологическими исследованиями было показано, что в патологический процесс при псориазе помимо опорно-двигательного аппарата, вовлекаются сердечно-сосудистая система, эндокринные органы,

нервная система [3,4,8].

Термин «коморбидность» при псориазе стали применять сравнительно недавно, основываясь на общности патогенеза сочетающихся заболеваний, которые не зависят от стиля жизни, доступности медицинской помощи, экономических факторов и др., но имеют схожие иммунологические механизмы развития воспаления в тканях на фоне генетической предрасположенности [1,5,9].

Считают, что коморбидные заболевания у больных псориазом обусловлены особенностями цитокинового каскада и иммуннозависимого воспаления в коже, слизистых и соединительной ткани других органов [6,8,10]. Особое место в структуре подобной патологии занимает псориатический артрит, который регистрируется с частотой от 6 до 40% у больных псориазом и обуславливает клиническую тяжесть течения дерматоза [5,8,9].

Доказана коморбидность псориаза и метаболического синдрома (МС), включающего ожирение различной степени, гиперхолестеринемию и дислипидемию. Подтверждением этого служит и то, что ведущей непосредственной причиной смерти больных с тяжелыми формами псориаза, исходя из базы данных General Practice Research Database, основанной на изучении 3603 случаев смерти лиц с данной патологией и 14330 случаев смерти пациентов, не страдающих псориазом, оказалась кардиоваскулярная патология [1,8].

Выявлено, что встречаемость поражений периферических сосудов у больных псориазом в 1,6 раза выше, чем в контроле, сердечно – сосудистой патологии – в 1,3 раза, болезней сосудов мозга – в 1,3 раза, гипертонии – в 1,3 раза; факторы риска развития коронарной недостаточности, гипертензии, диабета и гиперлипидемии – соответственно в 1,3; 1,5 и 1,2 раза [1,2,7].

Такие тяжелые воспалительные заболевания желудочно-кишечного тракта, как болезнь Крона и неспецифический язвенный колит, при частоте встречаемости в популяции от 0,1% до 0,3%, у больных псориазом регистрируются в 7 раз чаще [3,6,9].

Yates и др., изучив истории болезни 204 пациентов с воспалительными болезнями кишечника (116 – с болезнью Крона и 88 – с неспецифическим язвенным колитом), в сравнении с историями 204 лиц контрольной группы, репрезентативной по возрасту и полу, подчеркнули взаимосвязь болезней кишечника и псориаза и сделали заключение о высокой частоте встречаемости псориаза при болезни Крона (у 11,2 % больных) и при неспецифическом язвенном колите (у 5,7 % больных); в контрольной группе таких больных было лишь 1,5 % лиц. Встречаемость псориаза у близких родственников больных с воспалительными болезнями кишечника была также увеличена [2,6,8].

Н.В. Галиева в 2012 году провела клиническое и лабораторное обследование 145 пациентов с диагнозами болезнь Крона (19 человек, в том числе 7 мужчин и 12 женщин), псориаз (107 человек, в том числе 43 мужчины и 64 женщины) и сочетанием псориаза и болезни Крона (19 человек, в том числе 8 мужчин и 11 женщин). Средний возраст больных составил лет $45,42 \pm 19,42$ года. По ее данным у 22% больных псориазом были заболевания желудочно-кишечного тракта.

Считают, что в рецидивировании псориаза важную роль играет эндотоксикоз, обусловленный нарушением функции гепатобилиарной системы. Л.П. Розумбаева, изучив 130 историй болезней лиц с псориазом, в том числе распространенными формами (100 больных) и ограниченными формами (30 больных), показала, что патология печени и билиарного тракта наиболее часто встречалась при распространенных формах псориаза (индекс PASI от 13,9 до 38,7 – у 82% больных), при ограниченных формах (индекс PASI от 1,4 до 11,2) таких больных было лишь 40%. Была показана взаимосвязь поражения печени, частоты стеатоза, стеатогепатита, фиброза печени с тяжестью и распространенностью псориаза [9]. При этом гепатопатии клинически протекали бессимптомно и выявлялись лишь в ходе целенаправленного исследования биохимических показателей крови: в первой группе – с частотой в 42% случаев, во второй – в 16,7% случаев [Розумбаева Л.П. 2015].

Показана высокая частота встречаемости неалкогольного жирового

гепатоза у пациентов с псориазом в ассоциации с МС и ожирением, с последующим развитием тяжелого фиброза печени [8].

Установлено, что диабет при псориазе встречался в 2,48 раза чаще, гипертония – в 3,27 раза, гиперлипидемия – в 2,9 раза и коронарная сердечная недостаточность – в 1,45 раза чаще, чем в популяции [Розумбаева Л.П. 2015].

Показано, что кардиоваскулярные факторы риска, являющиеся ключевыми компонентами МС чаще, ассоциировались с тяжелым псориазом [9].

Установлено, что пациенты с легким псориазом имели больший риск по гипертонии, гиперлипидемии, с тяжелым псориазом – риск по диабету и ожирению [1,6].

Проанализировав индекс массы тела (ИМТ) и степень тяжести псориаза по Psoriasis Area Severity Index (PASI), установлено, что больные псориазом имели достоверно выше ИМТ (27,71), по сравнению с контрольной группой (25,67) и выявилась положительная корреляция между ИМТ и PASI ($p < 0,003$), что свидетельствовало о высокой коморбидности ожирения и псориаза [2].

Большие популяционные исследования продемонстрировали высокий риск развития инфаркта миокарда у больных псориазом, особенно при тяжелых его формах и в сочетании с сердечно – сосудистыми заболеваниями, ожирением, диабетом и гипертонии [2,4,9].

Установлено, что псориаз является фактором повышенного риска развития атеросклероза и кальцификации коронарных артерий, что хорошо сочетается с известным представлением об участии хронического воспаления в развитии данных патологий [2,4,7]

Последующее изучение патогенетических связей между псориазом и атеросклерозом с использованием ультразвуковых методов для измерения толщины стенки сонной артерии, оценки толерантности к глюкозе и резистентности к инсулину, позволило установить корреляцию ИМТ и резистентности к инсулину, ИМТ и толщины сосудистой стенки. Доказана прямая зависимость между показателем PASI и продукцией инсулина [9].

Доказано, что у больных псориазом часто отмечается сниженная самооценка, перепады настроения, депрессия, что является еще одним фактором, способствующим развитию сердечно-сосудистых нарушений [9].

Вскрыты особенности клиники и течения псориаза у женщин с гормональными нарушениями, обусловленными перименопаузальной эволюцией половых гормонов, что послужило обоснованием использования в лечении таких больных заместительной гормональной терапии [1,8].

Известна роль в дебюте и рецидивировании псориаза фокальной инфекции [9]. Урогенитальные инфекции и обусловленный этим ХП, длительное течение которого сопровождается нарушением репродуктивной функции, также могут взаимно отягощать течение дерматоза. Несмотря на доказанные патогенетические связи псориаза с целым рядом других системных поражений, до настоящего времени лишь единичные работы посвящены изучению взаимосвязи ХП и нарушений репродуктивной функции у больных псориазом мужчин.

В последние годы метаболический синдром (МС) привлекает внимание специалистов разного профиля из-за его патогенетической взаимосвязи с дислипидемией, артериальной гипертензией, нарушением метаболизма глюкозы, ассоциированного с инсулинорезистентностью развитием инсулиннезависимого сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, инсультов, онкологических заболеваний, ожирения с висцеральным распределением жировой клетчатки [18].

Показано, что у мужчин с проявлениями МС имеется дефицит тестостерона, однако не изучены особенности влияния МС на сперматогенез и репродуктивный прогноз, особенно в молодом возрасте [13,14,23].

Установлено, влияние ожирения, как одного из основных компонентов МС, на мужскую фертильность, что реализуется несколькими механизмами. Во-первых, периферическая конверсия тестостерона в эстрогены на фоне избытка жировой ткани ведет к развитию вторичного гипогонадизма [18,34]. Во-вторых, оксидативный стресс на уровне яичек, возникающий на фоне

ожирения, негативно влияет на сперматогенез, нарушая структуру сперматозоидов [5,10,15,28]. И, наконец, накопление избыточной жировой ткани на лобке и верхней трети бедер приводит к повышению температуры в мошонке, что приводит к нарушениям сперматогенеза [17,19].

Установлено, что нарушения в гипоталамо-гипофизарно-гонадной системе у мужчин с ожирением – следствие значительного снижения уровня общего тестостерона и глобулина, связывающего половые стероиды (ГСПС) [11,14,17].

В ряде исследований было показано, что тестостерон и ГСПС, отрицательно коррелируют как с уровнем инсулина, так и с индексом массы тела (ИМТ) [12, 18]. У мужчин с избыточной массой тела снижение уровня тестостерона, вероятно, происходит как за счет снижения его синтеза, так и периферической конверсии его в эстрогены, а также за счет ингибирования синтеза ГСПС и снижение секреции гонадотропинов [20,22,24].

Выявлена отрицательная корреляция ИМТ с количеством и качеством эякулята [19, 21,30].

Установлено, что объем спермы отрицательно коррелировал с окружностью талии, индексом талия/бедро. Общее количество сперматозоидов отрицательно коррелировали с ИМТ, окружностью талии и бедер а количество подвижных сперматозоидов – с окружностью талии и бедер. Кроме того, ИМТ, окружность талии и бедер, также, как и индекс талия/бедро, статистически значимо отрицательно коррелировал с тестостероном, соотношением тестостерон – 17 β -эстрадиол. Корреляций между антропометрическими показателями и уровнями ФСГ, ЛГ или 17 β -эстрадиола выявлено не было [20,22,24].

Показано, что МС и несколько его компонентов, а именно, ожирение, резистентность к инсулину и дислипидемия, связаны с системным провоспалительным состоянием, развитию которого предшествует оксидативный стресс с перекисным окислением липидов [5,23,25].

Окислительный стресс является общим патофизиологическим процессом для целого ряда заболеваний, в том числе аутоиммунных, инфекционных, сердечно-сосудистых [23, 26].

Было показано, что окислительный стресс и усиление процессов перекисного окисления липидов, входящих в состав мембран сперматозоидов, ведёт к снижению подвижности последних и нарушению их взаимодействия с яйцеклеткой [12,17,19,32,34]. В экспериментах *in vitro* выявлено, что избыток свободных радикалов приводит к фрагментации ДНК сперматозоидов [23,36].

Доказано, что гипогонадизм, развивающийся у лиц с МС, является пусковым механизмом в развитии сахарного диабета 2-го типа [14,25,30] и способствует низкому уровню ГСПС [22,24].

Показано, что у мужчин с МС и ожирением, высокий уровень инсулина сочетался с низкими показателями ГСПС и общего тестостерона [14,22,23].

Молекулярный механизм модуляции стероидогенеза инсулином в клетках Лейдига неизвестен, однако возможно, что яичко, также как и другие органы у больных сахарным диабетом 2-го типа, резистентны к действию инсулина [25,26].

Эректильная дисфункция и ретроградная эякуляция являются известными осложнениями сахарного диабета 2-го типа при МС, влекущими нарушение репродуктивной функции [17,18]. В нескольких эпидемиологических исследованиях продемонстрирована взаимосвязь сахарного диабета с развитием эректильной дисфункции, причем при декомпенсации диабета, тяжесть эректильной дисфункции увеличивалась [11,18,19].

Дислипидемия является характерным признаком МС и достаточно часто встречается у лиц с псориазом, оказывает влияние на качество спермы и мужскую фертильность [14,15,19].

Хотя четких механизмов развития нарушения репродуктивной функции на фоне дислипидемии выявлено не было, предполагается, что оксидативный стресс, сопровождающий это состояние, является возможной причиной

патоспермии. Данная гипотеза была подтверждена в эксперименте на крысах путем исследования влияния диеты, богатой жирами и безхолестериновой пищи на фертильность самцов-крыс [29].

Доказано, что гипертония, входящая в состав МС является фактором риска развития эректильной дисфункции. Была продемонстрирована статистически значимая отрицательная обратная связь между значениями артериального давления, общего тестостерона, свободного тестостерона и ГСПС [20,21,32,34,]. Обсуждается связь дефицита андрогенов с повышенной жесткости артерии [30,34].

Несмотря на доказанную роль МС в нарушении репродуктивной функции мужчин, до настоящего времени дискутируется роль псориаза, при этом делается акцент на психоэмоциональное влияние псориаза на качество жизни и фертильные способности. В то же время, учитывая доказанную взаимосвязь тяжести течения псориаза и МС, а также МС и фертильности у мужчин репродуктивного возраста, изменения особенностей репродуктивной функции у мужчин и соответственно предстательной железы, разработки в подходах к коррекции выявленных изменений могут иметь значение как для повышения эффективности лечения больных псориазом, так и для сохранения их репродуктивного потенциала.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Neimann, D. B. Prevalence of cardiovascular risk factors in patients with psoriasis / D. B. Neimann, A. L. Shin, X. Wang, D. J. Margolis, A. B. Troxel // *Journal of the American Academy of Dermatology*. – 2006. - Vol. 55, №. 5. - P. 829–835.
2. Ahdout J. Modifiable lifestyle factors associated with metabolic syndrome in patients with psoriasis / J. Ahdout. J. Kotlerman, D. Elashoff, J. Kim // *Clin. exp. dermatol.* – 2012. - Vol. 37 (5). – P.477-83.
3. Siegel D. Inflammation, atherosclerosis, and psoriasis. / D. Siegel S. Devaraj, A. Mitra, S. P. Raychaudhuri, S. K. Raychaudhuri [et al.] // *Clinical Reviews in Allergy and Immunology*. - 2013. - Vol. 44, no. 2. - P. 194–204.

4. Maradit-Kremers H. Disease severity and therapy as predictors of cardiovascular risk in psoriasis: a population-based cohort study / H. Maradit-Kremers, M. Icen, F. C. Ernste, R. A. Dierkhising, [et al.] // Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology, Vol. 26, №. 3. - P. 336–343.
5. McDonald I. Review of psoriasis, a known risk factor for cardiovascular disease and its impact on folate and homocysteine metabolism / I. McDonald M. Connolly, [et al.] // Journal of Nutrition and Metabolism. - 2012. - Vol. 2012. Article ID 965385. 4 pages
6. Hernánz J. M. Clinical and therapeutic evaluation of patients with moderate to severe psoriasis in Spain: the secence study J. M. Hernánz, M. Sánchez-Regaña, R. [et al.] // Actas Dermosifiliogr. - 2012. - Vol. 103, № 10 - P. 897–904.
7. Lindsay K. Liver fibrosis in patients with psoriasis and psoriatic arthritis on long – term, high cumulative dose methotrexate therapy. / K. Lindsay, Fraser AD, Layton A, [et al.] // Rheumatol (Oxford). - 2009. – Vol. 45, № 5. – P. 569 – 572.
8. Ludwig R.J. Psoriasis: a possible risk factor for development of coronary artery calcification /Herzog C., Rostock A.// Br. J. Dermatol. – 2007. – Vol. 156 (2). – P. 271 – 276.
9. McDonald I. Review of psoriasis, a known risk factor for cardiovascular disease and its impact on folate and homocysteine metabolism / I. McDonald M. Connolly, [et al.] // Journal of Nutrition and Metabolism. - 2012. - Vol. 2012. Article ID 965385. 4 pages
10. Miele L. Prevalence, characteristics and severity of non-alcoholic fatty liver disease in patients with chronic plaque psoriasis / L. Miele, S. Vallone, C. Cefalo, G. La Torre, [et al.] // J. Hepatol. – 2009. – Vol. 51 (4). – P. 778 – 786.
11. Akingbemi B.T. Estrogen regulation of testicular function. / Akingbemi B.T.// Reprod. Biol. Endocrinol. – 2005. – №3. – P.51.
12. Tsai E.C. Association of bioavailable, free, and total testosterone with insulin resistance: influence of sex hormone-binding globulin and body fat / E.C Tsai., A.M. Matsumoto, W.Y. Fujimoto, [et al.] // Diabetes Care. – 2004. – №27 (4). – P.861-868.

13. Boyanov M.A. Testosterone supplementation in men with type 2 diabetes, visceral obesity and partial androgen deficiency / M.A. Boyanov, Z. Boneva, V.G. Christov // *Aging Male*. – 2003. – №6 (1). – P.1-7.
14. Davi G. Oxidant stress, inflammation and atherogenesis / G. Davi, A. Falco // *Lupus*. – 2005. – №14 (9). – P.760-764.
15. Demir T. Prevalence of erectile dysfunction in patients with metabolic syndrome / T. Demir // *Int. J. Urol.* – 2006. – №13 (4). – P.381- 388.
16. Fogari R. Effect of antihypertensive treatment with valsartan or atenolol on sexual activity and plasma testosterone in hypertensive men / R. Fogari, P. Preti, [et al.] // *Eur. J. Clin. Pharmacol.* – 2002. – №58 (3). – P.177-180.
17. Muller M. Endogenous sex hormones and metabolic syndrome in aging men / M. Muller, D.E. Grobbee, I. den Tonkelaar, [et al.] // *J. Clin. Endocrinol. Metab.* – 2005. – №90 (5). – P.2618-2623.
18. Kupelian V. Erectile dysfunction as a predictor of the metabolic syndrome in aging men: results from the Massachusetts Male Aging Study / V. Kupelian, R. Shabsigh, A.B. Araujo, [et al.] // *J. Urol.* – 2006. – №176 (1). – P.222-226.
19. Esposito K. High proportions of erectile dysfunction in men with the metabolic syndrome / K. Esposito, F. Giugliano, [et al.] // *Diabetes Care*. – 2005. – №28 (5). – P.1201-1203.
20. Kort H.I. Impact of body mass index on sperm quantity and quality / H.I. Kort, J.B. Massey, [et al.] // *J. Androl.* – 2006. – №27 (3). – P.450-452.
21. Johannes C.B. Incidence of erectile dysfunction in men 40 to 69 years old: longitudinal results from the Massachusetts male aging study / C.B. Johannes, A.B. Araujo, [et al.] // *J. Urol.* – 2000. – №163 (2). – P.460-463.
22. Aggerholm A.S. Is overweight a risk factor for reduced semen quality and altered serum sex hormone profile / A.S. Aggerholm, A.M. Ulstrup, G. Tog [et al.] // *Fertil. Steril.* – 2008. – №90 – P.619-626.
23. Fejes I. Is semen quality affected by male body fat distribution / I. Fejes, S. Koloszar, J. Szollosi, [et al.] // *Andrologia*. – 2005. – №37 (5). – P.155-159.

24. Kaplan S.A. The age related decrease in testosterone is significantly exacerbated in obese men with the metabolic syndrome. What are the implications for the relatively high incidence of erectile dysfunction observed in these men / S.A. Kaplan, A.G. Meehan, A. Shah // J. Urol. – 2006. – №176 (4 Pt 1). – P.1524-1527.
25. Kapoor D. Rosiglitazone increases bioactive testosterone and reduces waist circumference in hypogonadal men with Type 2 diabetes / D. Kapoor, K.S. Channer // Diabetes Vasc. Dis. Res. – 2008. – №5 (2). – P.135-137.
26. Margetic S. Leptin: a review of its peripheral actions and interactions / S. Margetic, C. Gazzola, G.G. Pegg, [et al.] // Int. J. Obes. Relat. Metab. Disord. – 2002. – №26. – P.1407-1433.
27. Robeva R. Low testosterone levels and unimpaired melatonin secretion in young males with metabolic syndrome / R. Robeva, G. Kirilov, A. Tomova [et al.]// Andrologia. – 2006. – №38 (6). – P.216-220.
28. Makhside N. Hypogonadism and metabolic syndrome: implications for testosterone therapy / N. Makhside // J. Urol. – 2005. – №3 (174). – P.827-834.
29. Dandona P. Metabolic syndrome: a comprehensive perspective based on interactions between obesity, diabetes, and inflammation / P. Dandona, A. Aljada, A. Chaudhuri, [et al.] // Circulation. – 2005. – №111 (11). – P.1448-1454.
30. Phillips G.B. Relationship between serum sex hormones and the glucose-insulin-lipid defect in men with obesity / G.B. Phillips // Metabolism. – 1993. – №42 (1). – P.116-120.
31. Prabakaran S. Adolescent varicocele: association with somatometric parameters / S. Prabakaran, P. Kumanov, A. Tomova // Urol Int. – 2006. – №77 (2). – P.114-117.
32. Corona G. Psychobiologic correlates of the metabolic syndrome and associated sexual dysfunction / G. Corona, E. Mannucci, [et al.] // Eur. Urol. – 2006. – №50 (3) – P.595-604.
33. Ramirez-Torres M.A. High incidence of hyperestrogenemia and dyslipidemia in a group of infertile men / M.A. Ramirez-Torres, A. Carrera, M. Zambrana // Ginecol. Obstet. Mex. – 2000. – №68 (1). – P.224- 229.

34. Osuna J.A. Relationship between BMI, total testosterone, sex hormonebinding-globulin, leptin, insulin and insulin resistance in obese men / J.A. Osuna, R. Gomez-Perez, G. Arata-Bellabarba, [et al.] // Arch. Androl. – 2006. – №52(5). – P.355 –361.
35. Agarwal A. Role of oxidative stress in the pathophysiological mechanism of erectile dysfunction / A. Agarwal, K.C. Nandipati, R.K. Sharma, [et al.] // J. Androl. – 2006. – Vol. 27, №3. – P.335-347.
36. Hanafy S. Serum leptin correlates in infertile oligozoospermic males / S. Hanafy, F.A. Halawa, T. Mostafa, [et al.] // Andrologia. – 2007. – №39 (5). – P.177-180.
37. Laaksonen D.E. Sex hormones, inflammation and the metabolic syndrome: a population-based study / D.E. Laaksonen, L. Niskanen, [et al.] // Eur. J. Endocrinol. – 2003. – №149 (6). – P.601-608.

ЛЕКЦИИ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

УДК: 616.5-002.525.2-018-079.1/4

Белик И.Е.

КОЖНАЯ КРАСНАЯ ВОЛЧАНКА: СРАВНИТЕЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА КОЖНОГО И СИСТЕМНОГО ПРОЦЕССА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Работа посвящена вопросам современной терминологии, классификации и принципам клинической и лабораторно-инструментальной диагностики кожной красной волчанки. Обоснована необходимость методологического подхода в ведении больных кожной красной волчанкой.

Ключевые слова: кожная красная волчанка, классификация, клиника, диагностика.

Согласно общепринятой классификации, различают две основные формы красной волчанки (КВ): 1) кожную (ККВ), интегументную (от латинского «*integumenta*» – покрывало, покров) или хроническую с длительным доброкачественным – течением и 2) системную (СКВ) или острую КВ.

Патогистологическая картина пораженной кожи при КВ характеризуется, преимущественно, явлениями люпус-васкулита, – васкулита средних и мелких сосудов с признаками дезорганизации соединительной ткани, при этом гистоморфология кожных высыпаний однотипна как при ККВ, так и при СКВ и отличается в основном лишь выраженностью рубцовой атрофии и фолликулярного гиперкератоза [8]. Учитывая общность гистологических и гистохимических признаков кожной и системной КВ, с выявлением сходных гематологических, иммунологических, биохимических нарушений, отсутствие органоспецифичности КВ и вероятность распространения, генерализации аутоиммунного воспаления и прогрессирования заболевания [3,5], согласно Е.М. Тарееву оправдана градация КВ на два периода: предсистемный (лимитированная КВ) и системный (системная КВ). В зависимости от преобладающей патологии и отсутствия органоспецифичности заболевания с возможностью повреждения многих органов и систем, во время обострений

системного эритематоза выделяют кожно-суставной, почечный, легочной, неврологический, сердечно-сосудистый, желудочно-кишечный, печеночный, гематологический варианты течения СКВ. Однако первостепенное диагностическое значение при системном процессе имеет поражение кожи, отмечающееся в $\frac{3}{4}$ случаев СКВ [1,2]. Кожный синдром (КС) является манифестным наиболее частым и достоверным клиническим признаком заболевания [1,4]. Клинические проявления кожного синдрома красной волчанки (КС КВ) при системном и кожном процессе однотипны, и отмечаются в 60-90% наблюдений СКВ [9]. Кожные высыпания являются обязательным или ведущим симптомокомплексом в клинической картине большинства случаев СКВ, а в $\frac{1}{5}$ - $\frac{1}{3}$ случаев СКВ дебютирует с кожного синдрома [1,6,7,9], – и в этом случае больные первично направляются на дерматологический прием. Первичная обращаемость больных с КС КВ к врачу-дерматологу обуславливает необходимость знания этой патологии с проведением своевременной дифференциальной диагностики системных и лимитированных форм заболевания и совершенствование алгоритма клинико-лабораторного обследования больного с КС КВ для исключения или своевременного определения заболевания с распространенным волчаночным процессом.

Клиническая диагностика КВ базируется на данных клинической картины и лабораторно-инструментальных исследованиях. Одним из наиболее достоверных признаков заболевания является наличие специфических волчаночных кожных высыпаний. Среди вариантов волчаночного кожного синдрома выделяют: дискоидные высыпания, эритему в виде «бабочки», эритематозно-папулезные шелушащиеся очаги, бляшки на «открытых» участках тела, телеангиэктазии (на лице, шее, коже грудной клетки, верхних конечностях), алопецию, поражение слизистых оболочек, панникулит, васкулит, сетчатое ливедо, эритему и отек ладоней и околоногтевых валиков, синдром Рейно, синдром Роуэлла [5,6,7,8].

Эритема является наиболее патогномичным и ранним проявлением кожного синдрома при СКВ. У 30-70% больных локализуется на щеках и

спинке носа (нередко в виде фигуры «бабочки»), не затрагивая носогубные складки, а также на открытых участках грудной клетки и шеи (центробежная эритема Биетта). «Бабочка» при КВ может быть нескольких типов: 1) центробежная эритема Биетта – стойкая отёчная эритема с возможным шелушением. В дальнейшем на этом участке может формироваться рубцовая атрофия; 2) Сосудистая (васкулитная) эритема – пульсирующий, эритематозный очаг с синюшным оттенком, усиливающийся под влиянием различных эмоций и факторов внешней среды; «Стойкая рожа Капоши» - плотная разлитая отечность лица с вовлечением век, ярко-розовой окраски, напоминающая рожистое воспаление.

Дискоидные очаги, являющиеся наиболее частым проявлением ККВ, при СКВ встречаются у 25% больных, и в 1-5 % случаев больных дискоидной КВ (ДКВ) заболевание трансформируется в СКВ [1,2,5]. Высыпания формируются на открытых участках кожи, подвергающихся инсоляции, т.е. на лице (может быть в виде «бабочки»), ушных раковинах, волосистой части головы, шее – появляется один или несколько розовых с синюшным оттенком эритематозных очагов, постепенно уплотняющихся, с формированием инфильтрации, на поверхности появляются мелкие сероватые чешуйки, которые с трудом и болезненностью удаляются с пораженного очага. На нижней поверхности чешуйки можно увидеть шипообразный выступ. Через некоторое время дискоидные очаги рассасываются, начиная с центра, оставляя после себя рубцовую атрофию. По периферии дискоидных бляшек четко обнаруживаются второстепенные симптомы КВ — телеангиэктазии, зоны пигментации и депигментации.

При ДисКВ высыпания клинически идентичны высыпаниям при ДКВ, как правило, множественные, располагаются на любом участке кожного покрова и представляют собой эритематозно-папулезные, шелушащиеся очаги, бляшки без выраженного фолликулярного гиперкератоза и рубцовой атрофии.

Панникулит является проявлением глубокой волчанки Капоши-Ирганга. Формирующиеся плотные, подвижные узлы располагаются на различных

участках кожного покрова, залегают в гиподерме или глубоких отделах дермы, болезненны и разрешаются с образованием глубоких втянутых рубцов, иногда кальцифицируются [4]. У большинства больных люпус-панникулит сочетается с «типичными» дискоидными высыпаниями. В редких случаях заболевание может быть одним из проявлений СКВ [8].

Алопеция «сопровождает» клинические проявления ККВ в большинстве случаев заболевания, а при СКВ встречается у 50% больных [4]. При СКВ чаще отмечается диффузная (обратимая) алопеция, что может служить маркером остроты волчаночного процесса. Рубцовая (необратимая) алопеция наблюдается при наличии очагов дискоидной красной волчанки на волосистой части головы.

Поражения слизистых оболочек чаще локализуются в полости рта и носа, и представляют собой эритематозные очаги с геморрагическими вкраплениями, могут формироваться эрозивно-язвенные болезненные поражения, окруженные ободком ороговевающего эпителия на фоне диффузной эритемы. Наблюдаются также неправильной формы белесоватые бляшки и серебристо-белые рубцовые очаги.

Люпус-хейлит проявляется в трех формах [5]. Типичный люпус-хейлит с формированием багрово-красных, инфильтрированных овальных очагов, с плотно сидящими чешуйками, насильственное удаление которых приводит к болезненности и кровоточивости, в центре – рубцовая атрофия. Люпус-хейлит без клинически выраженной атрофии и гиперкератоза характеризуется диффузной застойной гиперемией с легко отслаивающимися чешуйками на поверхности. Эрозивно-язвенная форма люпус-хейлита проявляется в виде эрозий, трещин, покрытых гнойно-геморрагическими корками на фоне резко отеочной и гиперемированной кожи губ. При разрешении процесса формируются атрофические рубцы.

Буллезные поражения встречаются в 0,5-1% наблюдений СКВ [4,5,6], еще реже при ККВ в виде пузырей и относятся к тяжелым вариантам кожного синдрома. Высыпания сопровождаются зудом и чаще располагаются на лице,

слизистой полости рта и носа, любых участках туловища и конечностей на неизменной коже или на фоне эритемы. После вскрытия пузырей образуются эрозии, которые покрываются корками. После заживления образуются участки гиперпигментации.

Телеангиэктазии (стойкое невоспалительное расширение сосудов) являются частым клиническим проявлением КВ, обычно располагаются в области дискоидных и эритематозных очагов, а при СКВ в виде небольших линейных телеангиэктазий могут локализоваться на заднем валике ногтевого ложа и на участках прилежащей кожи, на кончиках пальцев – извитые, неправильной формы телеангиэктазии, и на ладонных поверхностях кистей – рассеянные телеангиэктазии [3,4].

Явления васкулита, как правило, возникают при СКВ, и характеризуются фолликулярно расположенными петехиями, экхимозами, возникают на фоне тромбоцитопении [7,8], в тяжелых случаях васкулит может проявляться гангреной пальцев и ишемическими язвами конечностей [4,18].

Сетчатое ливедо является типичным кожным проявлением антифосфолипидного синдрома у больных СКВ, который характеризуется гиперпродукцией антифосфолипидных антител (волчаночного антикоагулянта – ЛАС, антител к кардиолипину – аCL) с развитием венозных и артериальных тромбозов, в том числе в коже [3,4,9]. Локализуется на ягодицах и разгибательных поверхностях конечностей и характеризуется бледно-синюшного цвета ветвящимися «древовидными», «сетчатыми» пятнами, исчезающими при надавливании. Иногда в зоне ливедо возникают изъязвления вследствие ишемических явлений в коже.

Поражения ногтей наблюдаются у каждого четвертого больного СКВ и соответствуют высокой степени активности патологического процесса [5]. Наблюдаются продольная и поперечная исчерченность, линейные кровоизлияния, ломкость ногтевых пластинок.

Эритромелалгия – редкое проявление СКВ, характеризующееся приступообразным возникновением резкой гиперемии, отека ладоней и

подошв, сопровождающейся выраженным болевым синдромом и жжением, повышением местной температуры [6,8].

Синдром Рейно – без видимой причины или под воздействием холода, тепла, развивающиеся расстройства кровообращения кистей и стоп, возможно также поражение других выступающих участков – нос, уши, кончик носа, подбородок. Приступообразно кожа становится холодной, отмечаются парестезии, резко бледнеет, затем появляется цианоз, ощущение боли, жжения. Постепенно могут развиваться трофические изменения [4,5,7].

Синдром Роуэлла – сочетание одной из клинических форм ККВ с кольцевидными очагами по типу многоформной эксудативной эритемы (МЭЭ). В 1963 году N. R. Rowell, J. S. Beck, J. R. Anderson при обследовании 120 больных с дискоидной красной волчанкой отметили у 4 пациентов высыпания, напоминающие очаги МЭЭ: округлые эритематозно-папулезные высыпания с резкими границами, правильных очертаний, ярко-красного цвета с цианотичным оттенком, – высыпания, схожие с МЭЭ, сопровождались выраженной лихорадкой и суставным синдромом.

Первичное обследование больных с наличием манифестных высыпаний КС КВ, патогистологическим подтверждением, отсутствием полиорганной симптоматики (по результатам расширенного клинико-лабораторного исследования) дает основание к постановке диагноза ККВ (Таб.1).

Диагноз СКВ не вызывает сомнения при сочетании волчаночного кожного синдрома с характерной полиорганной симптоматикой. В случаях волчаночного кожного синдрома со скудной системной симптоматикой для верификации диагноза используют критерии Американской ревматологической ассоциации (АРА), которые с высокой достоверностью, при наличии не менее 4-х критериев, помогают установить развитие у больного СКВ.

Вариабельность течения и прогноза заболевания у разных больных, существующая вероятность генерализации аутоиммунного процесса обуславливают необходимость ежегодного (одно-, двукратного) наблюдения за характером течения болезни с проведением динамического клинико-

лабораторного обследования, т.е. совершенствование алгоритма ведения больных ККВ в практике врача-дерматолога [3].

Табл. 1. Сравнительная диагностика ККВ и СКВ

Клинико-лабораторные признаки		ККВ	СКВ
I Клинический симптомокомплекс	Ia. Кожный синдром:		
	1. Эритема	Pa	X
	2. Дискоидная сыпь	X	X
	3. Панникулит	X	P
	4. Алопеция рубцовая	X	X
	5. Алопеция нерубцовая	Pa	Xa
	6. Буллезные высыпания	H	Xa
	7. Люпус-хейлит	P/X	X
	8. Поражение слизистых	Pa	Xa
	9. Синдром Рейно	Pa	Xa
	10. Телеангиэктазии в области очагов поражения	X	X
	11. Телеангиэктазии кончиков пальцев и ладоней	H	Xa
	12. Периунгвинальная эритема, телеангиэктазии (в т.ч. ногтевого ложа)	H	Xa
	13. Ониходистрофия	H	Xa
	14. Геморрагические высыпания (васкулит)	H	Xa
	15. Сетчатое ливедо (васкулит)	H	Xa
	16. Эритромелалгия	H	P/Xa
	Ib. Малый системный симптомокомплекс (в анамнезе и/или при обследовании):		
	1. Фотосенсибилизация	X	X
	2. Лихорадка	P	Xa
	3. Похудение	H	Xa
	4. Астенический синдром	Pa	X
	5. Факторы риска (стрессы, фоновые заболеваниями, аборт, роды, прием медикаментов, которые могли спровоцировать КВ)	X	X
	Ic. Системный синдром (в анамнезе и/или при обследовании, и протекающий параллельно с кожным синдромом):		
	1. Суставной (Артралгии, артрит)	Pa	X
	2. Миопатия	H	X
	3. Генерализованная лимфаденопатия	H	X
	4. Почечный (Протеинурия, цилиндрурия)	H	Xa
	5. Кардиальный (Кардиалгии, кардит (мио-, эндо-, пери- кардит)	H	Xa
	6. Легочной (Пневмонит, плеврит)	H	Xa
7. Абдоминальный (Боли при поражении ЖКТ вследствие артериита и асептического перитонита: гепатомегалия, спленомегалия)	H	Xa	
8. Неврологический (периферическая нейропатия; поражение ЦНС)	P/H	Xa	
9. Васкулит – синдром	H	Xa	

II. Лабораторные данные:	1. Анемия	Pa	X
	2. Лейкопения	Pa	X
	3. Лимфопения	Xa	X
	4. Тромбоцитопения	H	Xa
	5. Ускорение СОЭ	Xa	X
	6. Гипергаммаглобулинемия	Xa	X
	7. Антиядерные антитела	Xa	X
	8.Протеинурия, цилиндрурия	H	Xa

Где: **X** - характерно, **H** – нехарактерно, **P** – редко, **a** –свидетельствует о высокой активности заболевания

Впервые устанавливаемый диагноз КВ, а также обострения заболевания у больных ККВ требует проведения расширенного объема клинико-лабораторного обследования (общий анализ крови с подсчетом тромбоцитов, иммунологические, гистологические, иммуногистологические исследования, серологические исследования крови на сифилис, анализы мочи, консультации ревматолога, невропатолога и др., при необходимости инструментальные исследования) и тщательный сбор анамнеза. Результаты комплексного клинико-лабораторного исследования позволяют определить уровень системной распространенности процесса и провести первичную диагностику заболевания с высокой степенью достоверности (Табл.2).

Для ККВ характерно относительно доброкачественное течение болезни с обострениями 1-2 раза в год в солнечно-активное время года, однако у некоторых больных определяется более высокая степень активности заболевания с вовлечением большей площади поверхности кожи и формированием распространенных очагов с поражением нескольких топографических регионов, частыми обострениями и короткими ремиссиями, толерантностью к традиционной терапии и формированием глубоких рубцовых изменений. В этих случаях необходимо более тщательное мониторинговое состояние больных ККВ. К сожалению, в практике ведения больных ККВ отсутствуют стандартизованные критерии определения тяжести и степени активности заболевания (при СКВ для определения остроты воспалительного процесса применяют различные системы количественной оценки степени

активности заболевания - SLAM, SLEDAI, BILAG, LAI), от которых зависят тактика ведения больного, объем и длительность проводимого лечения [7].

Табл.2 Лабораторно-инструментальные признаки КВ

Методы исследования	Патогномоничные данные лабораторного исследования при КВ	
	СКВ	ККВ (могут выявляться)
Общий развернутый анализ крови	↑СОЭ (<i>признак активности</i>) Анемия Лейкопения Лимфопения Тромбоцитопения	↑СОЭ Анемия Лимфопения Лейкопения
Общий анализ мочи	Протеинурия Клеточные цилиндры	-
Биохимический анализ крови	Гипергаммаглобулинемия(↑IgG,IgM) Гипокомplementемия (CH50: C3) Криоглобулинемия – в 8-80% случаев Ревматоидный фактор – в 5-40% случаев	Гипергаммаглобулинемия Гипокомplementемия
Иммунологические исследования Серологические исследования	LE-клетки (<i>признак активности</i>) - в 70-80% случаев в 70-80% случаев лекарственной КВ Антиядерные Ат (<u>патологический титр</u>) - в 95% случаев: - АНФ (антинуклеарный фактор – антитела к цельному ядру клетки) – <u>специфичен в титрах >1:100 с периферическим и гомогенным свечением - скрининг-диагностика СКВ в высоких титрах</u> - Ат к (нативной) нДНК в <u>патологическом титре</u> (относительно <u>специфический маркер КВ, признак активности заболевания</u>) - Ат к Sm-ядерному антигену (<u>высокоспецифический маркер СКВ</u>) – в 20-40% случаев - Ат к RNP (малому рибонуклеопротеину) – в 45% случаев - Ат к Ro(SS-A)-антигену (↑ <u>риск люпус-нефрита, риск трансплацентарной передачи с развитием неонатальной КВ</u>) – 35-57% случаев СКВ, при ПККВ - Ат к La(SS-B)-антигену -15% случаев - АФЛ Ат (антифосфолипидные – <u>патологические сывороточные уровни IgG- и IgM</u>): 1)антикардиолипиновые Ат 2)положительный тест на волчаночный антикоагулянт - РВ (реакция Вассермана) - ложноположительный тест в течение 6 месяцев при положительных РИБТ или РИФ - ЦИК	LE-клетки - в 20% случаев Ат к нДНК в низких титрах Ат к RNP-антигену РВ-ложноположительный результат АФЛ Ат в низких титрах АНФ в низких титрах ЦИК
Патогистология кожи	Фолликулярный гиперкератоз, вакуольная дистрофия базальных кератиноцитов, атрофия эпидермиса, базофильная дегенерация, фибриноидное набухание коллагена, периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация	
ПИФ - прямая иммунофлюоресц	В <u>непораженной коже (также как и в очагах поражения)</u> : отложение депозитов С1q-комплемента, иммуноглобулинов в дермоэпидермальном соединении - <u>высокоспецифический маркер, дифференциальнодиагностический признак СКВ</u>	только в пораженной коже

В связи с этим, использование прогностических признаков неблагоприятного течения ККВ (при регистрации у больного определенных клинических, лабораторных и конституционных параметров) в дерматологической практике позволят повысить качество диагностики заболевания [3].

Прогностические признаки неблагоприятного течения ККВ: 1) потеря веса, 2) повышение температуры тела, 3) слабость, утомляемость, 4) ливедо, 5) геморрагические высыпания, 6) поражение слизистых, люпус-хейлит, 7) буллезные, эрозивно-язвенные высыпания, 8) периунгвинальная эритема, 9) поражение ногтевых пластинок, 10) телеангиэктазии околоногтевых валиков, подушечек пальцев, ладоней, 11) с-м Рейно, 12) эритромелалгия, 13) диффузная алопеция, 14) диагнозы: Подострая кожная красная волчанка Сонтеймера, Центробежная эритема Биетта, Диссеминированная красная волчанка, 15) обострения ККВ более 2 раз в год, 16) поражение 3 и более топографических регионов, 17) 1,2 тип фоточувствительности кожи, 18) наличие гематологических и иммунологических изменений

Выводы

1. Проведение расширенного клинико-лабораторного исследования с использованием прогноз-негативных критериев течения ККВ при первичной диагностике заболевания у больных с КС КВ позволяет проводить своевременную диагностику различных форм КВ, выявить степень активности заболевания у больных ККВ.

2. Адекватная диагностика активности ККВ, наряду с использованием современного методологического подхода в ведении больных КВ, должны определять объем и выбор методов терапии в зависимости от формы, распространенности, тяжести течения и активности заболевания при ККВ.

3. Введение методологического подхода при динамическом клинико-лабораторном наблюдении, совершенствование алгоритма диагностики и тактики ведения больных позволят повысить эффективность лечения и качества жизни пациентов с ККВ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амосова Е.Н., Якименко И.Л. Характеристика дебюта системной красной волчанки в современных условиях // Укр. ревматол. журн.-2000.-Т.2, №2.-С.22-24.
2. Бакстон. Дерматология. Пер. с англ. Н.И. Могилевской. – М.: «Издательство Бином», 2006. – 176 с.
3. Белік І.Ю. Патогенетичні основи та принципи ведення хворих на хронічний червоний вовчак з використанням метаболічної терапії /Автореферат дисертації на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. – Харків. – 2007. – 38с.
4. Болотная Л.А. Кожа и слизистые. // В кн.: Дядык А.И., Багрий А.Э. Системная красная волчанка.-Донецк: Регион, 2003. – С.275-289.
5. Дядык А.И., Багрий А.Э. Системная красная волчанка.-Донецк: Регион, 2003.-464с
6. Иванова М.М. Системная красная волчанка / В кн. Ревматические болезни / Под ред. В.А.Насоновой и Н.В.Бунчука.-М.: Медицина, 1997.- С.160-172.
7. Свинцицкий А.С. Системная красная волчанка: особенности клинической симптоматики // Doctor.-2002.-№1.- С.22-26.
8. Сигидин Я.А., Гусева Н.Г., Иванова М.М. Диффузные болезни соединительной ткани. - М.: Медицина, 1994.-543с.
9. Wysenbeek A.J., Guedy D., Amit M. et al. Rash in systemic lupus erythematosus: prevalence and relation to cutaneous and non-cutaneous disease manifestations // Ann. Rheum. Dis.-1999.-Vol.51.-P.717-719.

Byelik I.Y.

Cutaneous lupus erythematosus: classification, diagnostics, management

Donetsk National Medical University named after M. Gorky

The questions of classification, diagnostics and management of cutaneous lupus erythematosus shown in the article. The methodological approach in cutaneous lupus erythematosus patients was based.

Keywords: cutaneous lupus erythematosus, classification, clinic, diagnostics.

Проценко О.А.

**РОЗАЦЕА: ЭТИОПАТОГЕНЕЗ, КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ
ОСОБЕННОСТИ И ОБОСНОВАНИЕ ПОДХОДОВ К ЛЕЧЕНИЮ
(ЛЕКЦИЯ ДЛЯ ВРАЧЕЙ)**

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Представлен современный взгляд на этиологию и патогенез розацеа, приведены особенности эпидемиологии, клиники, классификации и стадийности течения дерматоза, дифференциальной диагностики. Показаны современные подходы к ведению больных с розацеа, принципы наружного и системного лечения, риски осложнений терапии и ошибки ведения пациентов.

Ключевые слова: розацеа, патогенез, клиника, лечение.

Актуальность

Розацеа (акне-розацеа, розовые угри) - распространенное поражение кожи, частота встречаемости которого в разных странах колеблется от 5% до 15% [1, 3, 9].

Розацеа с исключительным поражением кожи лица, развивающееся, в основном, на 3-м/4-м десятилетии жизни – возрасте наибольшей социальной активности – на фоне разнообразной возраст-ассоциированной соматической патологии, с многочисленными триггерными факторами и хроническим рецидивирующим течением, представляет как медико-социальную, так и эстетическую проблему, требующую длительных и повторяемых терапевтических воздействий и косметологической реабилитации, преемственности тактики ведения как врачами различных специальностей (дерматологов, семейных врачей, гинекологов-эндокринологов и др.), так и специалистов эстетической медицины, в т.ч. косметологов.

Определение:

Розацеа (МКБ-10: L-71) – это хроническое рецидивирующее заболевание кожи лица невыясненной этиологии с прогрессивным стадийным течением,

характеризующееся эритемой, телеангиэктазиями, эпизодами воспалительных папул и пустул и в тяжелых случаях – развитием гиперплазии сальных желез и соединительной ткани.

Эпидемиология

Женщины болеют несколько чаще, чем мужчины, но у последних заболевание протекает более тяжело, выражена склонность к гиперплазии сальных желез и соединительной ткани с формированием фимы различной локализации (ринофимы и др.).

Преимущественно поражаются лица старше 30 лет, чаще – со светлой кожей [1, 6].

Этиология, патогенез и патофизиология

Этиология дерматоза до настоящего времени не уточнена. В развитие розацеа выделяют 2 ведущих звена патогенеза, на которые направлена терапевтическая коррекция [1, 6, 9, 10]:

- вазомоторные реакции и вазодилатация мелких сосудов (кожно сосудистый синдром);
- воспалительные изменения в сально-волосяных фолликулах и перифолликулярно.

1. Роль сосудистых изменений.

Сосудистые изменения обеспечивают развитие 2 основных клинических признаков розацеа: эритемы и телеангиэктазий.

Считают, что расширение кровеносных и лимфатических сосудов обусловлено нейро-эндокринными влияниями, а не первичным их поражением [1,9]. Это может быть обусловлено пищевыми факторами, раздражающими рецепторы желудка, особенно на фоне хронического гастрита, ассоциированного с хеликобактерной инфекцией; изменением метаболизма половых гормонов на фоне патологии матки и/или яичников; нарушением функции щитовидной железы; нарушением вегетативной иннервации сосудов с преобладанием тонуса симпатической нервной системы и последующим спазмом артериол и понижением тонуса вен.

Розацеа рассматривают как ангионевроз с преимущественным поражением сосудов лица (один из вариантов вегетососудистой дистонии с преобладанием признаков венозной недостаточности). Замедление кровотока и венозный застой в области оттока *Venae facialis sive angularis*, свойственные розацеа, объясняют характерное для заболевания поражение центральной части лица. В свою очередь, локализация высыпаний над неактивной мускулатурой лица приводит к тому, что формирующийся отек ткани не дренируется сокращением мышц (это обосновывает целесообразность применения лимфодренажного массажа в этапном лечении больных).

В область оттока лицевой вены включается также конъюнктура, что объясняет частое вовлечение в патологический процесс верхних и нижних век (офтальморозацеа).

Длительно существующий отек в сочетании с венозным застоем и тканевой гипоксией приводит к гиперплазии соединительной ткани и сальных желез в этих топографических регионах, что, в свою очередь, обуславливает формирование фиматозных изменений кожи: ринофимы (шишковидный нос), гнатофимы (подбородок), метафимы (лоб), отофимы (ушные раковины), блефарофимы (веки).

Формированию сосудистых изменений при розацеа, длительной эритемы на фоне характерных «приливов» способствуют нарушения метаболизма половых гормонов (эстрогенов/андрогенов), особенно у женщин перименопаузального возраста. Патологический климакс с частыми «приливами» усиливает проявления эритемы при розацеа. Это обосновывает целесообразность гормональной коррекции у женщин с патологическим климаксом или другими возраст-ассоциированными гормональными нарушениями.

Персистенции эритемы при розацеа способствуют вазоактивные пептиды и медиаторы воспаления (эндорфины, брадикинин, субстанция Р и др.). Считают, что повышенная чувствительность брадикининовых рецепторов в области лица объясняет типичную для розацеа локализацию эритемы в

центральной части лица [9, 10]. Именно с этим связаны сосудистые «приливы» у больных розацеа после стресса, употребления горячей или острой пищи и т.п.

Показано, что брадикинины способствуют стойкому расширению мелких артериальных сосудов и прекапиллярных сфинктеров, в то время как венулы и посткапиллярные сфинктеры остаются интактными или дилатируются. Это приводит к нарушению проницаемости микроциркуляторного русла, вызывает и поддерживает эритему и отек [1, 10].

2. *Воспалительные изменения в сально-волосяных фолликулах* лежат в основе развития характерных для розацеа воспалительных папул и пустул. Можно выделить несколько клинически значимых моментов, связанных с этим звеном патогенеза розацеа:

1). У больных розацеа в секрете сальных желез повышено содержание порфиринов (уровень копропорфирина 3 на 38% выше, чем у здоровых), что приводит при инсоляции к фотодинамическому поражению структур кожи, и уже на ранней стадии дерматоза возможно развитие актинического эластоза. Это объясняет связь обострений розацеа с УФО и диктует необходимость обязательной фотозащиты кожи (SPF не ниже 15), ограничений инсоляции, в т.ч. в соляриях [10].

2). Определенную роль в инициации воспаления сально-волосяного фолликула при розацеа отводят активации *Demodex folliculorum* (демодексу, клещу – железнице), являющемуся облигатным представителем флоры сально-волосяного фолликула, который отсутствует у детей, появляется в пубертате и количество его увеличивается с возрастом.

Демодекс относится к классу паукообразных клещей, описано около 65 их видов, обитающих в том числе на некоторых млекопитающих (овцы, лисы, крупный рогатый скот и т.п.). У человека выделен только *Demodex folliculorum*, но в двух подвидах: *Demodex folliculorum longus* (заселяет в основном фолликулы в области носа, лба, периорально, наружного слухового прохода) и *Demodex folliculorum brevis* (обитает в мейбомиевых железах, вызывая офтальморозацеа). Плотность заселения клеща и его активизация зависят от

топографического региона, возраста, состава кожного сала, биохимических особенностей и pH гидролипидной мантии кожи и др. Именно изменения биохимических свойств и pH поверхностного слоя кожи, развивающиеся из-за патологии системы пищеварения или вследствие нарушения метаболизма половых гормонов являются одним из важных факторов увеличения плотности заселения клеща и повышение его активности. Это, с одной стороны, диктует необходимость обследования пациента, а с другой стороны, может быть причиной отсутствия терапевтического эффекта или его нестойкого результата.

Жизненный цикл клеща – железницы складывается из 4-5 фаз с общей продолжительностью 25 дней (самка откладывает яйца, в последующем образуются личинка, нимфа 1 стадии, нимфа 2-й стадии и взрослые половозрелые особи) [4,6]. В фолликуле головная часть клеща с жевательной поверхностью находится в верхней трети выводного протока сальной железы, а хвостовая – в устье фолликула. Патогенные свойства клеща – железницы заключаются в механическом разрушении эпителиальных клеток фолликула с последующим развитием воспалительного перифолликулярного лимфогистиоцитарного инфильтрата. Клинически это проявляется воспалительными фолликулярными папулами, с последующим возможным развитием пустул.

Если клещ или его фрагменты попадают в поверхностные слои дермы, может развиваться гранулематозное воспаление (гранулематозное розацеа). Существует точка зрения, что клещ является проводником различного рода бактерий, которые способствуют пустулизации сыпи, хотя содержимое пустул в большинстве случаев стерильно [4,8,9]. Доказано, что продукты жизнедеятельности условно-патогенной микрофлоры кожи способствуют выработке медиаторов воспаления и формированию Т-клеточной воспалительной инфильтрации кожи, клинически проявляющейся воспалительными папулами, пустулами, узлами [1,4,6].

Учитывая патогенетическую значимость клеща – железницы в развитии воспалительной сыпи при розацеа, оправдано назначение

противовоспалительных препаратов с антибактериальной и антипротозойной активностью (например, группы нитроимидазолов) [2, 6].

В развитие дерматоза придают определенное значение фоновой соматической патологии, особенно заболеваниям органов пищеварения (хеликобактер-ассоциированному гастриту, язвенной болезни желудка и/или двенадцатиперстной кишки, нарушению микробиоценоза кишечника и др.), эндокринопатиям.

Клинические особенности и течение

Клинические проявления розацеа достаточно характерны и проявляются поражением центральной части лица в виде стойкой или преходящей эритемы с телеангиэктазиями на поверхности, эпизодами воспалительных папул и пустул, иногда – узлов, при длительном течении – с формированием фиматозных изменений кожи (ринофимы, гнатофимы, метафимы, отофимы и др.). Субъективные ощущения умеренно выражены и проявляются жжением, зудом, может быть повышенная фоточувствительность.

С учетом клинических признаков и стадийности течения дерматоза в практической дерматологии были предложены следующие классификации розацеа [1,6,9].

Клинико-морфологическая классификация Е.И. Рыжковой (1975), выделяющая эритематозную, эритематозно-папулезную, папуло-пустулезную и инфильтративно-продуктивную стадии.

Клиническая классификация J.Wilkin, предполагающая 4 последовательные стадии: прерозацеа (периодические приливы или преходящая эритема); сосудистая розацеа (эритема и телеангиэктазии); воспалительная розацеа (папулы и пустулы на фоне персистирующей эритемы и телеангиэктазий); поздняя розацеа (ринофима и/или другие фиматозные изменения кожи).

Наиболее востребована *современная классификация розацеа, предложенная G.Plewig, Th.Jansen, A.M.Kligman, выделяющая 3 стадии дерматоза:*

1 стадия: эритематозно-телеангиэктатическая (стойкая умеренная эритема, немногочисленные телеангиэктазии).

2 стадия: папуло-пустулезная (персистирующая эритема, телеангиэктазии, папулы, пустулы).

3 стадия: папулезно-узловатая (персистирующая эритема, телеангиэктазии, папулы, пустулы, отечные узлы).

Помимо этого, выделяют *особые формы розацеа:* стероидная, гранулематозная, конглобатная, фульминантная, грамнегативная розацеа, офтальморозацеа, розацеа с выраженным персистирующим плотным отеком за счет хронического воспаления с фиброзом и лимфостазом (болезнь Морбигана).

Дебютом розацеа может быть эритема в виде приливов, продолжительность которых варьирует от нескольких минут до нескольких часов, реже – дней (стойкая эритема), или небольшие четко ограниченные воспалительные папулы, в центре некоторых из них – микропустулы.

Эритема четко зависит от изменения температуры; горячей пищи; алкоголя; экстрактивной пищи.

Телеангиэктазии обычно небольших размеров, локализуются преимущественно в центральной части лица.

Отек обычно является вторичным и сопровождает воспалительные изменения (воспалительные папулы и пустулы), или может быть изолированным проявлением розацеа (болезнь Морбигана). Отек захватывает область лба, центральную часть лица, периорбитальную область, но может распространяться на все лицо, захватывая подбородок, щеки, вплоть до ушных раковин. Длительно существующий отек может приводить к фиматозному утолщению кожи с формированием тканевой гиперплазии в области носа и щек (ринофимы), подбородка (гнатофимы), лба (метафимы), ушных раковин (отофимы).

Ринофима является наиболее гротескным осложнением розацеа, сопровождается резкой гиперплазией сальных желез с формированием

шишковидного носа, несколько чаще встречается у мужчин. Отмечают, что ринофима может развиваться без предшествующих эпизодов воспалительных папул и пустул, в то же время даже частые эпизоды воспалительных изменений не всегда заканчиваются формированием ринофимы.

Критерии диагностики розацеа

1. Анализ анамнеза: рецидивирующий характер течения; возраст дебюта, связь дебюта и/или обострений с гормональной или эндокринной дисфункцией, характером пищи и др.

2. Характерные клинические проявления: поражение центральной части лица; полиморфизм сыпи с персистирующей эритемой и телеангиэктазиями; эпизодами воспалительных папул и пустул.

3. Лабораторное обследование: общеклиническое, микроскопическое – на выявление клеща-железницы (для коррекции лечебной тактики); биопсия и гистологическое исследование показаны лишь при особых формах розацеа (гранулематозной, болезни Морбигана) или для дифференциальной диагностики с другими дерматозами (туберкулид, красная волчанка, саркоидоз и др.).

Дифференциальный диагноз проводят с вульгарными акне (угревой болезнью), себорейным и периоральным дерматитом, красной волчанкой, дерматомиозитом, саркоидозом, телеангиэктатической формой мастоцитоза, розацеоподобным туберкулидом Левандовского, болезнью Прингля-Бурневиля.

Дифференциальная диагностика розацеа

<i>Признак</i>	<i>Угревая Болезнь</i>	<i>Розацеа</i>	<i>Себорейный дерматит</i>	<i>Периоральный дерматит</i>
Возраст дебюта	Пубертат	35-50 лет	1-новорожденные 2-пубертат 3-перименопауза	Молодые женщины

Локализация	Лицо, зона Т, грудь, спина	Централь- ная часть лица	Себорейные зоны	Вокруг рта, назо- лабиально, подбородок, нижние веки
Комедоны	++++	-	- / +	- / +
Эритема/ телеангиэктазии	- +/-	++++/++++	++/ -	++/ -+
Шелушение	-	+-	++++	++
Папулы, пустулы	++++	++	-+	+-
Рубцы	+	-	-	-
Вовлечение глаз	-	Блефаро- конъюнк- тивит	Веки	Нижние веки
Зуд	-	+	++	-+
Фимы	-	++	-	-

Особенности обследования больных розацеа

Общеклиническое обследование назначают с целью выявления фоновой соматической патологии: общий анализ крови развернутый, билирубин, трансаминазы, глюкоза, общий анализ мочи, исключение хеликобактер-ассоциированного гастрита (по показаниям), на демодекс (с очагов на коже и с ресниц), УЗИ органов малого таза для исключения патологии матки и яичников (по показаниям – с последующей консультацией гинеколога-эндокринолога), УЗИ щитовидной железы с последующей консультацией эндокринолога (при необходимости).

Учитывая многофакторность обострений, обследование целесообразно проводить каждый раз при рецидиве дерматоза.

Принципы лечения

Выбор тактики лечения больных розацеа зависит от клинической стадии и формы дерматоза, морфологии сыпи, длительности заболевания, тяжести течения дерматоза и предшествующей терапии, переносимости препаратов, сопутствующей патологии, возраста, пола, психо-эмоционального состояния пациента. При этом при всех клинических вариантах розацеа обязательными являются программы образования пациента и модификация образа жизни, в том числе ухода за кожей.

1. Образование пациента

Учитывая рецидивирующий характер дерматоза и разнообразие провоцирующих факторов, необходимо информировать пациента об индивидуальных факторах риска обострений, формировать мотивацию и осознанный выбор к изменению режима питания и ухода за кожей, соблюдению рекомендаций врача.

2. Общие рекомендации:

- *Исключение алкоголя*, поскольку вазодилататорное действие последнего на сосуды лица приводит к развитию эритемы с последующими воспалительными изменениями; особое внимание обратить на красное вино, которое обладает гистаминолиберирующим действием и противопоказано пациентам с розацеа, даже при длительной ремиссии.

- *Исключение горячей пищи* (чай, кофе, суп, борщ и т.п.), поскольку включающиеся при этом терморегуляционные механизмы в полости рта, могут привести к распространенной вазодилатации сосудов лица и последующей эритеме.

- *Рациональное питание*: дробный прием пищи, малыми порциями (возможно появление эритемы лица после обильного приема пищи). Исключить томаты, плотные сорта сыра, в том числе пармезан, шпинат, пиво, дрожжи, шипучие напитки (пепси, фанта, газированная вода).

- *УФО (инсоляция, в т.ч. солярии)* может способствовать появлению или персистенции эритемы лица, увеличению числа телеангиэктазий, дистрофии

коллагена кожи. Фотовоздействие целесообразно ограничить, проводить с учетом фототипа кожи, при этом фотозащита кожи должна быть и зимой и летом, солнцезащитный фактор – не менее 15.

- *Вазодилататорные лекарства:* при лечении сопутствующей соматической патологии необходимо избегать приема препаратов, содержащих никотиновую кислоту или ее дериваты, морфин, нитриты, нифедипин.

- *Особенности косметического ухода.* У больных розацеа обычно формируется чувствительная кожа, поэтому для ежедневного ухода необходимо использовать косметическую продукцию с маркировкой для чувствительной кожи. Исключить косметические средства, содержащие спирт, вяжущие тоники, щелочные мыла, осторожно использовать эксфолилирующие средства. Избегать косметических средств с ментолом, маслом эвкалипта.

Умываться теплой водой или контрастной, исключить тепловые процедуры, в т.ч. распаривания при программах косметологического ухода. Очищать кожу специальными мягкими гелями (можно с серой, или с сульфацидами).

Показан ежевечерний ротационный массаж носа, щек, подбородка, а также лимфодренажный массаж.

Декоративная косметика – специальная, с зеленым покрытием для маскировки эритемы и телеангиэктазий.

3. Наружная терапия

Выбор топических средств зависит от стадии и клинической формы дерматоза.

При начальной *эритематозной / эритематозно-телеангиэктатической стадии* направленность наружной терапии – топические противовоспалительные средства: холодные примочки с 1-2% раствором резорцина, борной кислоты, настоями трав (ромашки, зверобоя, шалфея), вариант выбора - термальная вода в виде аэрозоля.

Показаны противовоспалительные нестероидные кремы с декспантенолом (бипантен, пантенол, пантестин) или средства дерматокосметики (Cu-Zn⁺ крем, сикальфат и др.).

Учитывая особенности поражаемого топического региона и частоту встречаемости клеща-железницы, а также его роль в инициации воспалительных изменений в коже, даже на этой стадии показано применение *топических противовоспалительных лекарственных средств с антибактериальным и антипротозойным эффектом*. Например, доказано, что метронидазол обладает бактериостатическим действием на широкий спектр микробной флоры кожи, в том числе анаэробной, а также антипаразитарным действием на *Demodex folliculorum* spp. Показано, что метронидазол в синергизме с ненасыщенными жирными кислотами кожи подавляет образование медиаторов воспаления и функциональную активность нейтрофилов – клеток воспалительного инфильтрата дермы, тем самым оказывает противовоспалительное действие [1-4,7]. Наряду с адекватным выбором активного вещества, при топической терапии очень важен правильный выбор лекарственной формы его применения [8]. Для лечения дерматозов кожи лица предпочтительны кремы, эмульсии или лосьоны, не нарушающие процессов перспирации кожи. Так, препаратом выбора лекарственной формы метронидазола может быть крем Розамет. Последний содержит 1% метронидазола в хорошо сбалансированной основе – эмульсии на гидрофильной основе, которая обеспечивает дополнительный лечебный эффект – охлаждающее и противовоспалительное действие.

При *папуло-пустулезной стадии розацеа* к наружному лечению подключают топические противовоспалительные средства с антибактериальным и антипаразитарным действием, топические ретиноиды, фиксированные комбинации.

Вариантом стартовой терапии может быть *фиксированная комбинация* – крем Пимафукорт, содержащий негалогенизированный топический стероид – гидрокортизон, антимикробные составляющие – натамицин и неомицин.

Препарат назначают 1-2 раза в день в течение 1-2 недель, затем переходят на другие противомикробные и антипаразитарные средства. Фторсодержащие топические кортикостероидные средства первого поколения для лечения дерматозов лица нецелесообразны!

Вариантом выбора последующей терапии могут быть *лекарственные формы с метронидазолом* (Метрогил-гель, крем Розамет), которые назначают 2 раза в день на пораженные участки кожи) в течение 4-9 недель. Учитывая особенности состава и действия крема Розамет, он может быть использован как для стартовой, так и для последующей длительной терапии.

С целью антибактериального действия используют клиндамицин гель (Далацин) или крем с фузидиевой кислотой (Фузидерм), которые назначают 1-2 раза в день в течение 1-2 недель с последующим переходом на противовоспалительные негормональные топические препараты.

Вариантом выбора топической патогенетической терапии может быть *фиксированная комбинация* гель Изотретиноин, содержащий топический ретиноид – изотретиноин и эритромицин. Препарат назначают 1 раз в день вечером в течение 8-12 недель. Топические препараты изотретиноина способствуют удлинению ремиссии при розацеа, однако вызывают сухость кожи и иногда за счет этого ее раздражение. При выраженной чувствительности кожи через 4 недели применения можно перейти на интермиттирующий режим его использования (через день, чередуя с увлажняющими противовоспалительными средствами, или 2 раза в неделю).

До настоящего времени обсуждается эффективность и целесообразность использования при розацеа *классических акарицидных средств* (спрегаль, препараты бензилбензоата: 10 - 20% эмульсия или крем; серы: 5-10-30% мазь, мази Вилькинсона, 2-5% полисульфит натрия, 2% ихтиол-резорциновая паста и др. Успешно применяемые для лечения чесоточного клеща, они далеко не всегда обеспечивают элиминацию клеща-железницы, возможно это связано с тем, что погибают только поверхностно расположенные особи, а клещи, расположенные глубоко в сально-волосяном фолликуле оказываются

недоступными для действия топического акарицидного средства. В то же время применение акарицидных средств более 7 дней может привести к синдрому раздраженной или чувствительной кожи.

Топические стероиды, особенно фторированные кортикостероидные препараты больным розацеа противопоказаны, так как усиливают проявления телеангиэктазий, эритемы, могут привести к развитию стероидного и фульминантного розацеа, периорального дерматита.

К *альтернативным режимам лечения* относят препараты азелаиновой кислоты в виде Скинорена 15% геля или 20% крема, которые назначают 1-2 раза в день в течение 2-4 месяцев. Азелаиновая кислота нормализует процессы кератинизации в протоках сальных желез, уменьшает содержание свободных жирных кислот в липидах кожи. Режим применения – тандем-терапия: Скинорен наносят на чистую сухую кожу 2 раза в день ежедневно в течение 2-3 дней в неделю, чередуя с применением в последующие 5-4 дня недели топических антибиотиков или антипаразитарных средств.

Используют также препараты цинка гиалуронат цинка (Куриозин), препараты серы и салициловой кислоты на основе увлажняющего крема (крем Унны: Rp.: Resorcin 5%, Salicylic Acid 2%, Ichthyol 5%, White soft paraffin 80%).

Помня о риске формирования повышенной чувствительности кожи у пациентов с розацеа и возможности индивидуального реагирования на традиционные топические средства, необходим еженедельный мониторинг переносимости и эффективности лечения, особенно многонедельного.

Учитывая международные рекомендации по лечению розацеа, производные метронидазола, антибиотики и ретиноиды остаются «золотым стандартом» в терапии данного дерматоза [2,4].

4. Системная терапия

При проведении общей терапии розацеа используют антибиотики, метронидазол, изотретиноин, а также адьювантную, или терапию сопровождения (седативную, гепатопротекторы, ферменты, пре- и пробиотики и др.).

Антибактериальная терапия показана при папуло-пустулезной форме розацеа.

Предпочтение отдают антибиотикам тетрациклинового ряда – доксициклину моногидрату. Обоснованием выбора этой группы антибиотиков является их соответствие следующим требованиям: широкий спектр противомикробного действия, захватывающий всех представителей флоры сально-волосяных фолликулов (*Propionbacterium asne*, *Pityrisporum ovale et orbiculare*, стрепто- и стафилококки и др.); тропность к сально-волосяному фолликулу, высокая биодоступность и возможность длительного приема – до 12 недель. Для уменьшения риска развития побочных действий и раздражающего действия на слизистую желудка была предложена растворимая форма доксициклина моногидрата – солютаб (Юнидокс солютаб). Препарат назначают по 100 мг 2 раза в день – 10-14 дней, затем поддерживающая доза – 100 мг/сутки - до 12 недель [2, 4].

Препараты выбора (особенно, при планировании фотоздействия пульсирующим светом или др.) – макролиды, например, джозамицин (по 500 мг 2 раза в день 10-14 дней), или кларитромицин (по 500 мг/сутки в течение 14-21 дня).

Антипаразитарная терапия показана при папуло-пустулезной форме дерматоза, осложненной демодекозом. Назначают препараты группы нитроимидазолов (метронидазол, орнидазол) из-за их бактериостатического действия в отношении грамотригативных анаэробных бактерий, антипаразитарного – в отношении *Demodex folliculorum*; а также способности влиять на клеточно-опосредованный иммунитет, на вегетативную нервную систему, стимулируя адренергические структуры, тем самым уменьшая застойные явления, эритему и телеангиэктазии [3,5].

Метронидазол назначают по 0,5 г 2- 3 раза в день (суточная доза – 1-1,5 г) в течение 10-14 дней. При глубоких воспалительных элементах возможно ступенчатое назначение препарата: первые 3-5 дней – парентеральное введение (метрогил по 100мг внутривенно 3 раза в день), затем – пероральный прием.

Учитывая длительность приема, возможны побочные эффекты: тошнота, рвота, головные боли, крапивница, кандидоз.

Орнидазол назначают по 500 мг 2 раза в день в течение 10-14 дней. При выраженных воспалительных изменениях возможен ступенчатый путь применения препарата: утром – 500 мг внутривенно капельно, вечером – 500 мг внутрь – в течение 3-5 дней, затем только пероральный прием до окончания курса. В отличие от препаратов метронидазола, орнидазол лучше переносится, спектр и выраженность побочных эффектов меньше, что делает возможным проведение курса лечения в полном объеме.

Системные ретиноиды – изотретиноин (изотретиноин Lidos - Акнетин) применяют при лечении резистентных или тяжелых формах розацеа. Расчет дозы – 0,6-0,8 мг на кг массы тела в сутки в течение 3-4 до 6 месяцев. Кумулятивная курсовая доза – до 100мг/кг массы тела является достаточной для достижения стойкой ремиссии и эффективного подавления функционирования сальных желез, в то же время при сформировавшейся ринофиме обратного развития гиперпролиферации не будет. Через 2-3 недели приема отмечается нарастающая сухость кожи, слизистых, в том числе конъюнктивы, что требует соответствующей коррекции наружной терапии. Побочные действия дозозависимы, учитывая тератогенный эффект, препарат противопоказан во время беременности и лактации, планируемая беременность должна быть отсрочена (не ранее месяца после окончания приема препарата).

Гормональная терапия: заместительная гормональная терапия (по показаниям, женщинам с патологическим климаксом или другой гинекологической эндокринной патологией); спиронолактон (верошпирон) – антагонист альдостерона с антиандрогенным эффектом может быть назначен как женщинам, так и мужчинам расчет дозы – 0,5-1-2 мг на 1 кг массы тела в сутки в течение 2-3-6 месяцев.

Преднизолон показан при молниеносной форме розацеа, применяют вместе с антибактериальной терапией или в комбинации с изотретиноином.

Расчет дозы: 0,5-1 мг/кг массы тела/сутки в течение 5-7 дней, с последующим ступенчатым снижением, вплоть до полной отмены.

Плаквенил показан при выраженной фоточувствительности, назначают по 200 мг 1-2 раза в сутки, 5-ти дневными курсами с 2-3х дневным перерывом, в течение 30-60 дней.

Терапия сопровождения (адьювантная терапия) включает гипосенсибилизирующие и антигистаминные средства, седатацию, коррекцию нарушений функционирования различных внутренних органов и систем (энтеросорбенты, гепатопротекторы, ферментные и энзимные препараты, пре- и пробиотики):

Дополнительные методы лечения. Электрокоагуляция, фотокоагуляция и лазерное воздействие показано для лечения телеангиэктазий. вариантом выбора являются аргоновый лазер, CO₂-лазер, IPL- и FPL-технологии. Криотерапия оказывает противовоспалительное и сосудосуживающее действие.

Ошибки при ведении больных с розацеа.

Недооценка анамнеза, наличия сопутствующей фоновой патологии и результатов лабораторного обследования.

Назначение топических кортикостероидов, особенно при повторяющихся рецидивах дерматоза.

Длительное использование топических антибактериальных и антипаразитарных средств при последующих рецидивах дерматоза.

Отсутствие преемственности ведения пациента при наличие фоновой соматической патологии.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1.Адаскевич В.П. Акне вульгарные и розовые. – М.: Медицинская книга, 2003. – 160 с.
- 2.Бутов Ю.С. Волкова Е.Н. Опыт применения крема «Розамет» при лечении некоторых дерматозов //Вестник дерматологии и венерологии.- 2005.- №6.- С. 52-54.

3.Дерматовенерология/Клинические рекомендации/Под ред. А.А.Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2010. - 428 с.

4.Коган Б.Г., Степаненко В.И. Розацеа, демодекоз, дерматит периоральный – обоснование стандартных подходов к диагностике и рациональной терапии //Дерматология, Косметология, Сексопатология.- 2003.- № 1-4 (6).- С. 57-70.

5.Перламутров Ю.Н., Сайдалиева В.Ш., Ольховская К.Б. Сравнительная оценка эффективности различных методов терапии розацеа //Вестник дерматологии и венерологии.- 2011.- №3.- С. 73-79.

6.Потекаев Н.Н. Розацеа: этиология, клиника, терапия. - М., 2000.- 143 с.

7.Проценко Т.В., Проценко О.А. Розацеа / Учебное пособие. – Донецк, 2009.- 15 с.

8.Степаненко В. І., Іванов С.В. Крем «Розамет» у лікуванні розацеа, баланопоститу та вульвовагініту //Український журнал дерматології, венерології, косметології.- 2014.- № 2(53).- 119-126.

9.Katsambas A. D., Lotti T.M. European Handbook of Dermatological Treatments: Springer,1999. – 846 p.

10.Textbook of Cosmetic Dermatology / Ed. By R. Baran, H. I. Maibach.- Martin Dunitz, 1998.- 754 p.

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЕ ИЗДАНИЕ

На языке оригинала