

ISSN 2522-9885



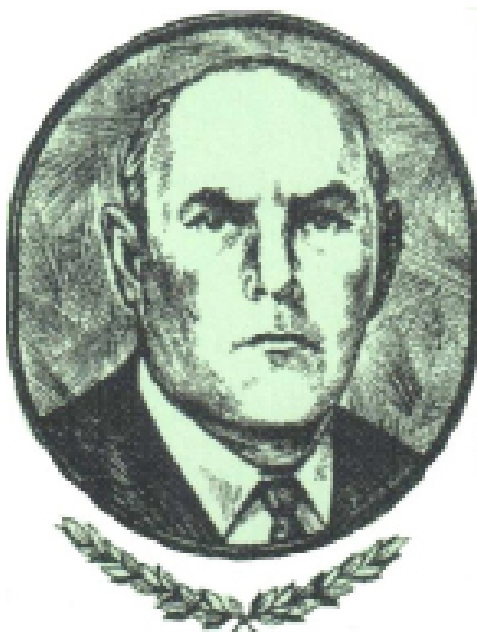
ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

2017 № 2 (16)

**ДОНЕЦКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ ИМ. М. ГОРЬКОГО**



ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

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

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

2017 № 2 (16)

ISSN 2522-9885 (Print)
ISSN 2522-9893 (Online)

Научно-практический журнал по дерматовенерологии и косметологии «Торсуевские чтения» посвящен актуальным вопросам диагностики, клиники, лечения и профилактики наиболее распространенных заболеваний кожи, и 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.

Ответственность за содержание статей и орфографию несут авторы. Редакция не несет ответственность за достоверность фактов, имен и другой информации, использованной в публикациях. Перепечатка или иное воспроизведение в любой форме полностью или частично статей, иллюстраций или других материалов разрешено только с предварительного письменного согласия редакции с обязательной ссылкой на источник. Материалы публикуются на языке оригинала.

Учредитель:

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Адрес учредителя:

83003, г. Донецк, проспект Ильича, д. 16

Периодичность издания:

4 раза в год

Адрес редакции:

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

Адрес электронной почты:

derma.kosmet@yandex.ru

Главный редактор:

Проценко Татьяна Виталиевна

Ответственный секретарь:

Провизион А.Н.

Редакционная коллегия:

Белик И.Э. (г. Донецк)
Богуслав Ю.П. (г. Донецк)
Проценко О.А. (г. Донецк)
Романенко К.В. (г. Донецк)
Фисталь Н.Н. (г. Донецк)

Редакционный совет:

Арифов С.С. (г. Ташкент)
Бабюк И.А. (г. Донецк)
Василенко И.В. (г. Донецк)
Волошин Р.Н. (г. Ростов-на-Дону)
Гончарова Я.А. (г. Доха)
Киосева Е.В. (г. Донецк)
Попович А.Ю. (г. Донецк)
Прилуцкий А.С. (г. Донецк)
Радионов В.Г. (г. Луганск)
Романенко В.Н. (г. Донецк)
Седаков И.Е. (г. Донецк)
Тищенко А.Л. (г. Москва)
Шай А.М. (г. Москва)
Шелихов С. Ю. (г. Астана)
Фисталь Э.Я. (г. Донецк)

Рекомендовано к изданию Ученым Советом Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького, протокол №9 от 25.05.2017г.

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

**Свидетельство о регистрации
средства массовой информации:**

ААА № 000168 от 07.11.2017 г.

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Белик И.Е. О соотношении кожной и системной красной волчанки	7
Беседина Е.И., Мельник В.А., Коцюмба А.Р., Лыгина Ю.А, Рогова О.Р. Анализ основных эпидемиологических характеристик заболеваемости сальмонеллезом в ДНР	12
Горбенко Ал. С. Клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных, проживающих в зоне боевых действий	16
Заблоцкая А.Г. Сравнительные аспекты течения и лечения псориаза у больных с избыточной массой тела	22
Проценко О.А., Провизион А.Н., Чернобрыццев П.А. Состояние гормонального фона у больных псориазом с хроническим простатитом	28
Проценко Т.В., Богуслав Ю.П., Лукьянченко Е.Н. Взаимосвязь особенностей клинических проявлений поздних акне и гормонального фона у женщин различного репродуктивного возраста	32
Проценко Т.В., Христуленко А.А., Христуленко А.Л. Псориаз в практике врачей дерматологов и смежных специалистов (по результату анкетирования специалистов)	38

ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Проценко Т.В. Милус И.Е., Проценко О.А. Рациональная топическая терапия хронических дерматозов	42
--	----

КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Коханевич А.И. Случай распространенного экссудативного псориаза у ВИЧ-положительного пациента	45
Тахташов И.Р. К вопросу о трансплацентарном сифилисе и мерах по его профилактике	49

В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Гусак О.С., Шварева Т.И., Хайминов Е.М., Пенова Е.И. К вопросу применения гепатопротекторов в комплексном лечении больных псориазом	53
Чайковская И.В., Павленко М. Ю., Трофимец Е.К., Шелякова И.П. Хирургическое лечение наркотически зависимых пациентов с развившимся хроническим токсическим остеомиелитом костей лицевого скелета	58

ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Белик И.Е., Гупало Л.А., Иванова И.П., Гридасова В.Д., Кравец Е.В. Самостоятельная работа в системе обучения студентов на кафедре дерматовенерологии	66
Проценко О.А., Провизион А.Н., Тахташов И.Р., Горбенко Ал. С., Боряк С.А., Кузнецова В.Г., Корчак И.В. Опыт преподавания инфекционных дерматозов на цикле дерматовенерологии врачам-интернам	69

ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей	72
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 - 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления	74

Contents

ORIGINAL RESEARCH

Byelik I. About the relation of the skin and systemic lupus erythematosus	7
Besedina E. I., Melnik V.A., Kotsyurba A.R., Lygina Yu.A., Rogova O.P. Analysis of the main epidemiological characteristics of the incidence of salmonellosis in the donetsk people's republic	12
Gorbenko A.I.S. Clinical-epidemiological peculiarities of allergodermatoses in patients living in the zone of merital action	16
Zablotskaya A.G. Comparative features of treatment psoriasis in patients of with overweight	22
Protsenko O.A., Provizion A.N., Chernobryvtsev P.A. Condition of the hormonal background in patients with a psoriasis with chronic prostatitis	28
Protsenko T.V., Bogoslav Yu.P, Lukyanchenko E.N. Interrelation of the peculiarities of clinical manifestations of late acne and hormonal background in women of various reproductive age	32
Protsenko T.V, Khristulenko A.A, Khristulenko A.L. Psoriasis in practice of doctor and diagnostics (by the results of professional admissions)	38

REVIEWS OF LITERATURE

Protsenko T.V., Milus I.E., Protsenko O.A. Rational topical therapy of chronic dermatozos	42
--	----

CLINICAL CASES, OBSERVATIONS FROM PRACTICE

Kokhanevich A.I. Case of a common exodusive psoriasis in HIV-positive patient	45
Takhtashov I.R. To the question of transplacental syphilis and measures on its prevention	49

TO HELP A PRACTICAL DOCTOR

Radionov V.G., Provision L.N., Gusak O.S., Shvarjova T.I., Hayminov Ye.M., Penova Ye. I. The application of the hepatoprotectors in the complex therapy of the patients with psoriasis	53
Chaykovskaya I.V., Pavlenko M. U., Trofimets E.K., Shelyakova I.P. Surgical treatment of drug-dependent patients with developed chronic toxic osteomyelitis of the bone of the face skelet	58

PROBLEMS OF HIGHER SCHOOL PEDAGOGY

Byelik I., Gupalo L.A, Ivanova I.P, Gridasova V.D., Kravets E.V Self-working in the system of training students in the chair of dermatovenerology	66
Protsenko T.V., Protsenko O.A., Provision A.N., Lukyanchenko E.N., Taktashov I. R., Gorbenko A. S., Boryak S. A., Kuznetsova V. G.Korchak, I. V. Experience teaching infectious dermatoses students related specialties	69

INFORMATION FOR AUTHORS

Requirements for registration of articles	72
Examples of design of the list of literature. Interstate standard (GOST 7.1 - 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules of compilation	74

Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Выпуская в свет очередной номер журнала, наши цели остаются неизменными: распространение и популяризация среди практикующих врачей и не только дерматовенерологов, современных медицинских знаний, новых результатов научных исследований, эффективных методов диагностики и лечения заболеваний.

Поражения кожи как интегральный показатель здоровья, формирующейся или уже имеющейся соматической патологии, может дать думающему клиницисту в руки очень важный инструмент для раннего выявления патологии, формирования у пациента мотивации к выполнению рекомендаций специалиста и изменению поведенческих реакций.

Рубрикация журнала построена так, чтобы опытом могли делиться как маститые ученые, так и практикующие врачи, молодые специалисты.

Мы искренне надеемся, что представленные в номере оригинальные исследования, обзоры, наблюдения из практики и описания клинических случаев будут полезны для врачей различных специальностей, повышать их профессиональную компетентность и успешность медицинской деятельности.

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

Т.В. Проценко

И.Е. Белик

О СООТНОШЕНИИ КОЖНОЙ И СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель работы. Определение параметров активности воспалительного процесса и прогностических критериев течения заболевания у больных кожной и системной красной волчанкой.

Материалы и методы. Под наблюдением находились 218 больных кожной и системной красной волчанкой, исследовали состояние систем перекисного окисления липидов и антиоксидантной защиты, физико-химические параметры сыворотки крови, характер цитокинового профиля, показатели активности аутоиммунного процесса.

Результаты. Установлены биохимические и иммунологические параметры, ассоциированные с выраженностью клинических проявлений заболевания в трёх группах больных – кожной красной волчанкой, системной красной волчанкой с кожным синдромом и без кожного синдрома. Показана диагностическая значимость кожного синдрома красной волчанки у больных с системным заболеванием.

Выводы. Определена патогенетическая значимость наличия и выраженности кожного синдрома у больных системной и кожной красной волчанкой, выявлена достоверная взаимозависимость выраженности клинических проявлений заболевания, системы перекисного окисления липидов, уровня про- и противовоспалительной цитокиновой продукции с показателями активности аутоиммунного воспаления, определены прогноз-негативные признаки течения заболевания.

Ключевые слова: кожная красная волчанка, системная красная волчанка, диагностика, прогностические критерии.

Актуальность

Проблема дифференциальной диагностики кожной (ККВ) и системной форм красной волчанки (СКВ), а также определение прогноза течения болезни на ранних этапах обследования больного сохраняет свою актуальность несмотря на значительное количество проведенных исследований в современной дерматологии [1, 3, 5, 7]. Определенные трудности в дифференциальной диагностике ККВ и некоторых форм СКВ, манифестирующей с кожного синдрома обусловлены однотипностью клинической и патогистологической картины поражения кожи при этих состояниях [1-4, 8].

Существует 3-12% вероятности эволюции ККВ в СКВ [6, 7].

Целью нашего исследования явилось определение параметров активности воспалительного процесса и прогностических критериев течения заболевания у больных ККВ и СКВ.

Материалы и методы исследования

Для определения объективных параметров активности и тяжести заболевания и оценки значимости кожного синдрома (Кс) было проведено комплексное клинико-лабораторное исследование и сравнительный корреляционный анализ полученных ре-

зультатов в трех группах больных: 1) больные ККВ – 115 пациентов 2) больные СКВ с наличием волчаночного кожного синдрома (СКВ+Кс) – 72 пациента и 3) больные СКВ без кожного синдрома (СКВ-Кс) – 31 пациент. Среди обследованных больных ККВ было 62 женщины (53%) и 53 (47%) мужчины, в группе больных СКВ – 92 (89,3%) женщины и 11 (10,7%) мужчин. При ККВ и СКВ преобладали женщины, соотношение женщин и мужчин при ККВ было 1,2:1, а при СКВ – 8:1.

Исследовали состояние систем ПОЛ и АОЗ; физико-химические параметры сыворотки крови и характер цитокинового профиля, CD95; уровни С-реактивного белка (СРБ), антитела к нативной ДНК (АТнДНК), антифосфолипидные антитела (аФЛ-АТ) у больных в трех группах. Полученные показатели комплексного лабораторного исследования сопоставлялись с использованием корреляционного анализа с выраженностью клинических проявлений Кс, характером течения заболевания и традиционными показателями активности аутоиммунного воспалительного процесса (СРБ, АТнДНК, аФЛ-АТ) [6, 7].

Результаты и их обсуждения

В группе больных ККВ дискоидная КВ (ДКВ) констатирована у 58 (50,4%), диссеминированная КВ (ДисКВ) – у 20 (17,4%) больных, центробежная эритема Биетта (ЦЭБ) – у 37 (32,2%) больных.

В группе больных СКВ+Кс анализ клинических проявлений установил разнообразные поражения кожи: алопецию – у 55 (53,5%) больных; ЦЭБ – у 36 (50,0%) больных; дискоидные очаги – у 26 (36,1%) больных; капилляриты пальцев и ладоней – у 17 (23,6%) больных; хейлит – у 5 (6,9%) больных; «васкулитную бабочку» – у 4 (5,6%) больных, сетчатое ливедо – у 3 (4,2%) больных с антифосфолипидным синдромом; папулосквамозную сыпь – у 3 (4,2%) больных; высыпания по типу экссудативной эритемы – у 2 (2,8%) больных; поражение слизистых оболочек установлено у 12 (11,7%) больных.

У больных группы СКВ-Кс кожные проявления заболевания отсутствовали.

Анализ характера течения заболевания и клинической картины Кс у больных ККВ и СКВ+Кс выявил определенные особенности. При сопоставлении поражения кожи при ККВ и СКВ отмечено, что при ККВ преобладали дискоидные и диссеминированные формы поражения кожи (у 50,4% больных), при СКВ – ЦЭБ (у 50% больных) и диффузная алопеция (53,5% больных), причем, при СКВ преобладала нерубцовая алопеция, а при ККВ приблизительно с равной частотой встречались рубцовая и нерубцовая формы алопеции (17,2% и 25,9% соответственно).

Тяжесть течения заболевания и выраженность клинических проявлений заболевания определялись по: 1) степени выраженности очагов поражения кожи (оценивалась по больной системе: 1,2,3 балла – максимальная, средняя и минимальная степень выраженности очагов поражения), 2) количеству очагов поражения, 3) распространенности кожных высыпаний – количеству пораженных топографических регионов, 4) количеству рецидивов заболевания в год, 5) длительности ремиссии. Корреляционный анализ показал, что на характер поражения кожи оказывали влияние ($p < 0,001$) пол и возраст больных (соответственно $WR=6,55$ и $WR=11,07$), а также сопутствующие заболевания ($WR=9,79$). Степень выраженности поражений кожи коррелировала с частотой рецидивов и продолжительностью ремиссии ($R=-3,36$, $p=0,001$ и $R=+3,22$, $p=0,002$). Частота рецидивов ККВ зависела от локализации патологического процесса, количества вовлеченных топографических регионов и количества очагов поражения кожи. Локализация поражений на коже волосистой части головы, грудной клетки и спины относилась к неблагоприятным признакам течения заболевания ($p < 0,001$).

Сопоставление результатов исследования системы ПОЛ и АОЗ с клиническими параметрами заболевания в группах ККВ, СКВ+Кс и СКВ-Кс установило усиление про-

цессов ПОЛ на фоне снижения некоторых звеньев АОЗ. Наибольшие статистические отличия (7,36 при $p < 0,001$ и 2,4 при $p = 0,017$) выявлены при исследовании антиоксидантной защиты сыворотки крови. Уровень токоферола (ТФ) у больных СКВ+Кс был значительно ниже на 15,7% ($S = 2,40$, $p = 0,017$) чем у больных ККВ и больных СКВ без поражения кожи. У больных ККВ этот показатель также был ниже, чем у больных СКВ без кожного синдрома, что очевидно свидетельствует о более значительных нарушениях в системе антиоксидантной защиты при наличии дерматологических изменений.

Выявлены выраженные корреляционные связи между показателями ПОЛ/АОЗ и показателями выраженности клинических проявлений заболевания. Уровень диеновых конъюгат (ДК) (соответственно $D = 9,43$, $p < 0,001$ и $D = 16,93$, $p < 0,001$), малонового диальдегида (МДА) ($D = 9,04$, $p < 0,001$ и $D = 22,86$, $p < 0,001$) и ТФ ($D = 5,25$, $p = 0,003$ и $D = 4,70$, $p = 0,006$) коррелировал с распространенностью поражения кожи и количеством очагов поражения.

У больных ККВ установлена прямая зависимость интегрального состояния ПОЛ/АОЗ ($p < 0,001$) от пола и возраста ($WR = 10,09$ и $WR = 32,74$), длительности заболевания ($WR = 38,78$), числа рецидивов ($WR = 4,66$) и длительности ремиссии ($WR = 5,69$), что отражает тяжесть течения ККВ. Уровень МДА, активность СОД и Кат коррелировали со степенью выраженности очагов поражения кожи.

У больных ККВ интегральное состояние системы ПОЛ/АОЗ коррелировало с показателями активности аутоиммунного воспалительного процесса - АТнДНК ($WR = 7,17$, $p < 0,001$) и аФЛ-АТ ($WR = 2,90$, $p = 0,017$). Выявлена выраженная прямая корреляционная связь уровней антиядерных антител с ДК ($D = 8,85$, $r = +0,369$, $p = 0,004$) и МДА ($D = 10,97$, $r = +0,405$, $p = 0,002$). Содержание СРБ зависело от МДА ($D = 2,79$, $p = 0,020$) и NO_2 ($D = 5,98$, $p < 0,001$), параметров ДК ($D = 283$, $p = 0,019$), ТФ ($D = 7,42$, $p < 0,001$), активности СОД ($D = 7,58$, $p < 0,001$) и Кат ($D = 6,33$, $p < 0,001$).

Исследование параметров цитокиновой продукции у больных ККВ выявило разной степени выраженности изменения содержания в крови провоспалительных ($IL1\beta$, $IL6$, $TNF\alpha$) и иммунорегуляторных цитокинов ($IL4$, $IL10$). Наибольшие изменения (в сравнении со здоровыми лицами) зафиксированы при определении уровня продукции $TNF\alpha$ - в 3,7 раза ($S = 17,67$, $p < 0,001$); в 2,3 раза увеличилась концентрация $IL1\beta$ ($S = 15,79$); в 5,7 раз $IL4$ ($S = 7,21$); в 2,4 раза $IL6$ ($S = 15,44$); в 6,4 раза $IL10$ ($S = 11,20$) на фоне уменьшения $IL2$ и γIF в 1,8 ($S = 22,65$) и 3,2 ($S = 9,36$) раза соответственно.

Выявлены корреляционные взаимосвязи показателей активности аутоиммунного воспаления (АТнДНК, аФЛ-АТ, СРБ) и показателей цитокиновой продукции у больных ККВ. По нашим данным уровень АТнДНК прямо коррелировал с показателями $IL1\beta$ ($r = +0,430$, $p = 0,001$) и $IL6$ ($r = +0,459$, $p < 0,001$); аФЛ-АТ с $IL1\beta$ ($r = +0,510$, $p < 0,001$) и $IL4$ ($r = -0,261$, $p = 0,048$); СРБ - с $IL6$ ($r = +0,465$, $p < 0,001$).

Выявлены достоверные взаимосвязи показателей цитокиновой продукции с выраженностью клинических проявлений заболевания. Уровень $TNF\alpha$ и γIF зависели от количества пораженных топографических регионов ($D = 11,92$, $p < 0,001$ и $D = 4,24$, $p = 0,005$) а уровень $CD95+$ с количеством очагов поражения ($D = 4,01$, $p = 0,024$). Количество пораженных топографических регионов при ККВ определяло содержание $IL1\beta$ ($R = +3,21$, $p = 0,002$) и $CD95+$ ($R = +3,16$, $p = 0,003$), - эти параметры могут быть использованы как прогностические признаки и имеют практическое значение в плане диагностики распространенности патологического процесса $IL1\beta > 145$ пг/мл и количества очагов поражения $CD95+ > 6$ пг/мкл.

Проведенные исследования уровня про- и противовоспалительной цитокиновой продукции у больных СКВ в группах СКВ+Кс и СКВ-Кс выявили более существенные патологические изменения при наличии Кс, чем без поражения кожи. Выраженность Кс у больных СКВ оказывала влияние ($W = 0,037$, $R = 4,387$, $p < 0,001$), на

концентрацию IL1 ($KW=4,31$, $p=0,038$), в то время как у больных СКВ без поражения кожи констатировались менее выраженные изменения уровня цитокинов.

Выводы:

1) Сравнительный анализ результатов расширенного исследования при ККВ, СКВ с поражением кожи и СКВ без кожного синдрома определили патогенетическую значимость наличия и выраженности Кс у больных системной и кожной КВ;

2) Поражение кожи у больных ККВ и СКВ обуславливают максимальное угнетение системы антиоксидантной защиты, что очевидно определяется ролью кожи как «органа биохимического гомеостаза»;

3) Выявлена достоверная взаимосвязь выраженности клинических проявлений заболевания, системы ПОЛ/АОЗ, уровня про- и противовоспалительной цитокиновой продукции с по-

казателями активности аутоиммунного воспаления;

4) Уровень СРБ >7 мг/л и IL4 <43 пг/мл в крови больных ККВ является прогноз-негативным признаком течения заболевания. IL1 β >145 пг/мл, CD95 >6 пг/мл, IL6 >15 пг/мл, IL2 >6 пг/мл, TNF α >224 пг/мол, γ IF <7 пг/мл, МДА >12 мкмоль/л/ч связаны с уровнем распространенности и степенью выраженности поражений кожи.

5) Диагностируемый кожный синдром в виде ЦЭБ, «васкулитной бабочки», ДисКВ, ливедо, геморрагических высыпаний, поражения слизистых, люпус-хейлит, буллезных, эрозивно-язвенных высыпаний, периунгвиальной эритемы, поражения ногтей, телеангиэктазий околоногтевых валиков, подушечек пальцев, ладоней, эритромелалгии, диффузной алопеции является неблагоприятным прогностическим признаком при ККВ и типичной кожной патологией у больных СКВ.

Список литературы

1. Амосова, Е.Н. Характеристика дебюта системной красной волчанки в современных условиях [Текст] / Е.Н. Амосова, И.Л. Якименко // Укр. ревматол. журн.-2000.-Т.2, №2.-С.22-24.
2. Белік, І.Ю. Патогенетичні основи та принципи ведення хворих на хронічний червоний вовчак з використанням метаболічної терапії [Текст]: автореферат дис... докт. мед. наук / І.Ю. Белік – Харьков: 2007. – 38с.
3. Болотная, Л.А. Эффективность гипоплипидемической терапии больных хронической красной волчанкой / Л.А.Болотная, В.М. Сидельник // Дерматологія та венерологія. – 2005. - №1 (27). – С.48-51.
4. Европейское руководство по лечению дерматологических болезней / под ред. А.Д. Камбаса, Т.М. Лотти; пер с англ. – М.: МЕ Дпресс-информ, 2008. – 736с.
5. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [Текст]: руководство для врачей и студентов / И.И.Мавров [и др.] – Харьков: «Факт», 2007. – 791с.
6. Ревматические болезни [Текст] / М.М.Иванова: под ред. В.А.Насоновой и Н.В. Бунчука. – М.: Медицина, 1997.-С.160-172.
7. Ревматические болезни: номенклатура, классификация, стандарты диагностики и лечения [Текст] / В.Н.Коваленко, Н.М. Шуба-Киев: Катран групп, 2002. – 214 с.
8. Системная красная волчанка [Текст] / Л.А. Болотная: под ред. А.И. Дядык., А.Э.Багрий.- Донецк: Регион, 2003. – 464с.

Byelik I.

ABOUT THE RELATION OF THE SKIN AND SYSTEMIC LUPUS ERYTHEMATOSUS

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The aim. Determination of the parameters of inflammatory process activity and prognostic criteria for the course of the disease in patients with cutaneous and systemic lupus erythematosus.

Materials and methods. 218 patients with cutaneous and systemic lupus erythematosus were monitored, the condition of lipid peroxidation systems and antioxidant protection, the physicochemical parameters of blood serum, the nature of the cytokine profile, and the activity indices of the autoimmune process were examined.

Results. Biochemical and immunological parameters associated with the severity of clinical manifestations of the disease in three groups of patients - cutaneous lupus erythematosus, systemic lupus erythematosus with skin syndrome and without skin syndrome - are established. The diagnostic significance of cutaneous lupus erythematosus in patients with systemic disease is shown.

Conclusions. The pathogenetic significance of the presence and severity of skin syndrome in patients with systemic and cutaneous lupus erythematosus has been determined, the significant interdependence of the severity of clinical manifestations of the disease, the lipid peroxidation system, the level of pro- and anti-inflammatory cytokine production with indices of autoimmune inflammation activity has been revealed, and prognosis-negative signs of the disease course have been determined.

Key words: *cutaneous lupus erythematosus, systemic lupus erythematosus, diagnostics, prognostic criteria.*

УДК 616.993-036.2(477.62)

Беседина Е.И., Мельник В.А., Коцюрба А.Р., Лыгина Ю.А., Рогова О.Р.

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ САЛЬМОНЕЛЛЕЗОМ В ДНР

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель. Установить основные проявления эпидемического процесса сальмонеллеза в Донецкой Народной Республике.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости сальмонеллезом в г. Макеевке за 2012-2016 гг., использованы данные официальной регистрации заболеваемости сальмонеллезами за период 2012-2016 гг., карты эпидемиологического обследования домашних очагов, «Анализ микробиологического исследования проб, смывов, воды».

Результаты. Установлена тенденция к возрастанию заболеваемости, летняя сезонность. Наиболее актуальной группой среди заболевших до 2015 г. были взрослые, с 2016 г. в эпидемический процесс стали активно вовлекаться дети. Ведущим путем передачи сальмонеллезной инфекции являлся пищевой, фактором передачи – куриные яйца. В видовой структуре преобладала группа «Д» (*Salmonella enteritidis*).

Выводы. Наиболее эффективные профилактические меры - централизация птицефабрик, регулярная обработка лотков для кормления птицы, мест забоя, помещений и оборудования для упаковки, хранения и транспортировки яиц.

Ключевые слова: сальмонеллез, заболеваемость, эпидемический процесс, яйца.

Актуальность

Согласно многочисленным отечественным и зарубежным публикациям, сальмонеллез является повсеместно распространенной кишечной инфекцией. За последние 10 лет зарегистрирован рост заболеваемости данной инфекцией в 3 и более раз, в том числе в странах с высоким уровнем экономического развития [1]. Многие кишечные инфекции связаны с низкой благоустроенностью и санитарно-гигиеническим состоянием, однако, сальмонеллез, напротив, чаще всего встречается в больших городах с высоким уровнем жизни. Таким образом, сальмонеллезы некоторые ученые относят к группе болезней цивилизации [1].

Имеется совокупность причин, которая ответственна за рост заболеваемости сальмонеллезами в мире: увеличение объемов экспорта и импорта продуктов животного происхождения, рост производства полуфабрикатов, глобальное развитие сети предприятий общественного питания, повышение удельного веса городского населения (урбанизация) [2].

Большое значение для медицинской службы имеют осложнения указанного заболевания в отсутствие надлежащего своевременного лечения - инфекционно-токсический шок, острая почечная недостаточность (ОПН) и острая сердечная недостаточность (ОСН) [3].

Сальмонеллез является актуальной инфекцией и для Донецкой Народной Республики (ДНР). В ДНР среди бактериаль-

ных кишечных инфекций сальмонеллез имеет одни из самых высоких показателей на 100 тыс. населения.

Цель исследования

Установить основные проявления эпидемического процесса сальмонеллезов в ДНР.

Материалы и методы

Ретроспективный эпидемиологический анализ был проведен на материалах санитарно-эпидемиологической службы г. Макеевки за период 2012–2016 гг. В работе использованы данные официальной регистрации заболеваемости сальмонеллезами «Информационный бюллетень инфекционной заболеваемости по г. Макеевке» за период 2012–2016 гг. Проанализированы карты эпидемиологического обследования домашних очагов (форма № 357/у) и «Анализ микробиологического исследования проб, смывов, воды», предоставленные отделом гигиены питания.

Обработка данных проводилась с использованием пакета программ Microsoft Office 2016.

Результаты и обсуждение

В ходе анализа эпидемического процесса сальмонеллеза в г. Макеевке за изучаемый период установлена тенденция к возрастанию заболеваемости, средний темп роста составил +1,3, отмечалось превышение среднереспубликанского показателя во все годы наблюдения. Наиболее высокая заболеваемость за анализируемый отрезок времени регистрировалась в 2016 году (43,6 на 100 тыс. населения), что превышало этот показатель (21,3) в 2,05 раза.

Многолетняя динамика заболеваемости сальмонеллезом в Горняцком и Советском районах характеризовалась различной тенденцией (в Советском районе определяется тенденция к снижению заболеваемости сальмонеллезом, в Горняцком – намечается рост заболеваемости). В эпидемическом процессе сальмонеллеза за изученный период в Советском районе были выявлены 3 полных периода длительностью от 3 до 5 лет и с амплитудой

от 4,2 до 16,9 на 100 тыс. населения. В эпидемическом процессе сальмонеллеза в Горняцком районе были выявлены 4 полных периода длительностью от 2 до 3 лет и с амплитудой от 1,5 до 12,6 на 100 тыс. населения.

Заболевание сальмонеллезом может регистрироваться в течение всего года, но распределение случаев заболевания по месяцам характеризуется определенной закономерностью (сезонностью). В анализируемый период сезонное повышение заболеваемости пришлось на летние месяцы – началось с роста заболеваемости в июне, достигнув максимального подъема в июле (максимальный показатель на 100 тыс. населения составил 52,2 в Горняцком районе и 31,6 в Советском районе) с постепенным снижением заболеваемости в августе. Показатели заболеваемости в эти месяцы превысили круглогодичный уровень заболеваемости (3,4 на 100 тыс. населения) и составили 60% внутригодовой заболеваемости.

Наиболее актуальной группой среди заболевших до 2015 г. были взрослые, их доля составляла в среднем $59,96 \pm 1,85\%$, ДИ (58,34 – 61,59). В 2016 г. ситуация изменилась, в эпидемический процесс стали активно вовлекаться дети – 65,90% (716,3 на 100 тыс. населения), особенно в возрасте 1 – 4 года (46,4% в общей структуре заболевших в возрасте 0 – 17 лет).

В ходе анализа выявлено, что ведущим путем передачи сальмонеллезной инфекции в г. Макеевке являлся пищевой, его доля в общей структуре составила 83,0%. Контактный-бытовой путь передачи был зарегистрирован в 17,0% случаев, заболевание возникало вследствие не соблюдения правил личной гигиены. Факторы, участвовавшие в передаче сальмонеллеза, распределились следующим образом: яйца сырые – 41,8%, домашняя кулинария – 20,4%, мяскоколбасные изделия – 15,2%, молочная продукция – 7,5%, кремково-кондитерская продукция – 6,3%, рыба и изделия из нее – 4,9%, фрукты и овощи – 3,9%.

В видовой структуре возбудителей в течение всего изучаемого периода преобладала группа «Д» (*Salmonella enteritidis*) – $75,62 \pm 3,88\%$, ДИ (72,22 – 79,01); частота встречаемости группы «В» (*S.essen*,

S.typhimurium) составила $16,10 \pm 0,80\%$, ДИ (15,39 – 16,80); группы «С» (*S.infantis*, *S.manchester*, *S.montevideo*, *S.tshiongwе*, *S.virchow*) – $6,42 \pm 2,27\%$, ДИ (4,43 – 8,41).

В план профилактических мероприятий по предупреждению заболевания сальмонеллезом населения г. Макеевки рекомендуется включить гигиеническое воспитание населения, как важнейший метод профилактики, включающий в себя предоставление населению подробной информации о сальмонеллезах, основных симптомах заболевания и мерах профилактики с использованием средств массовой информации, листовок, плакатов, бюллетеней, проведением индивидуальной беседы с пациентом и другие методы. Работники пищеблоков и лица, к ним приравненные, обязать владеть основными сведениями о сальмонеллезной инфекции в рамках программы гигиенического обучения [4].

Выводы

Таким образом, эпидемический процесс сальмонеллеза в г.Макеевке характеризуется выраженной тенденцией к росту.

При этом, наиболее актуальной возрастной группой до 2015 г. были взрослые, а с 2016 г. – дети в возрасте 1 – 4 года. Основным фактором передачи возбудителей являются сырые яйца (41,8%). По видовому составу сальмонелл лидирует группа «Д» (*S.enteritidis*).

Как наиболее целесообразную меру борьбы с сальмонеллезом среди детского и взрослого населения, следует рекомендовать централизацию птицефабрик, где следует сосредоточить запас современных дезинфекционных средств на основе надуксусной кислоты, пероксидов, полигуанидов, которыми следует проводить регулярную обработку лотков для кормления птицы, мест забоя, помещений и оборудования для упаковки, хранения и транспортировки яиц.

Кроме того, представляется перспективным исследование частоты внутрибольничных вспышек сальмонеллеза с целью анализа наиболее значимых путей и факторов распространения данной инфекции и разработки эффективных профилактических и противоэпидемических мероприятий.

Список литературы

1. Бойко, М. Н. Профилактика заболеваемости населения острыми кишечными инфекциями - актуальная проблема современности [Текст] / М. Н. Бойко, Ю. В. Ерофеев, И. И. Новикова // *Здоровье населения и среда обитания*. – 2008. – №. 5. – С. 31 – 32.
2. Мchedlishvili, Т. Эпидемиологические особенности сальмонеллезов в Грузии [Текст] / Т. Мchedlishvili, П. Имнадзе, Д. Геловани // *Аллергология и иммунология*. – 2010. – Т. 11, №. 2. – С. 121 – 123.
3. Анализ структуры летальных исходов у детей младшего возраста при острых кишечных инфекциях [Текст] / А. Т. Подколзин [и др.] // *Инфекционные болезни*. – 2013. – Т. 11, №. 2. – С. 38 – 44.
4. Байтлеуова, Л. М. Анализ заболеваемости острыми инфекционными диарейными заболеваниями у детей и взрослых, и принципы профилактики в условиях поликлиники [Текст] / Л. М. Байтлеуова, // *Медицинский журнал Западного Казахстана*. – 2010. – №. 3. – С. 35 – 39.

Besedina E.I., Melnik V.A., Kotsyurba A.R., Lygina Yu.A., Rogova O.P.

ANALYSIS OF THE MAIN EPIDEMIOLOGICAL CHARACTERISTICS OF THE INCIDENCE OF SALMONELLOSIS IN THE DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC

Donetsk National Medical University M.Gorky

Summary

The aim. To establish the main manifestations of the epidemic process of salmonellosis in the Donetsk People's Republic.

Materials and methods. A retrospective epidemiological analysis of the incidence of salmonellosis in Makeevka for 2012-2016 was carried out, the official registration of the incidence of salmonellosis for the period 2012-2016, cards of epidemiological examination of domestic foci, «Analysis of microbiological research of samples, washings, water» were used. The data was processed using the Microsoft Office suite 2016.

Results. There is a tendency to an increase in morbidity, the summer seasonality is revealed. The most urgent group among those who fell ill before 2015 were adults, since 2016 children have become actively involved in the epidemic process. The leading route of transmission of salmonella infection was food, the leading transmission factor was chicken eggs. In the species structure the group «D» (*Salmonella enteritidis*) prevailed.

Conclusions. The most effective preventive measures are centralization of poultry farms, regular processing of trays for poultry feeding, slaughtering places, premises and equipment for packing, storing and transporting eggs.

Key words: *salmonellosis, morbidity, epidemic process, eggs.*

Горбенко Ал.С.

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ АЛЛЕРГОДЕРМАТОЗОВ У БОЛЬНЫХ, ПРОЖИВАЮЩИХ В ЗОНЕ БОЕВЫХ ДЕЙСТВИЙ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель работы. Изучить клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных Донецкого региона, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы. Под наблюдением находилось 89 больных в возрасте от 11 до 77 лет, в том числе мужчин - 43 (48,3%), женщин - 46 (51,7%). Наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями, определяли степень выраженности дерматозов по дерматологическим индексам: SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis), BSA (Body Surface Area), а также влияние АлД на качество жизни при помощи индекса DLQI (Dermatology Life Quality Index).

Результаты. Анализ по возрастным группам показал, что в наших наблюдениях среди всех больных аллергодерматозами преобладали пациенты в возрасте от 21 до 50 лет - 55 (61,8%), из них мужчин - 28 (31,4%), женщин - 27 (30,3%), что показывает на преобладание лиц трудоспособного возраста. Меньше всего больных было в возрастной группе до 20 лет - 7 (7,9%). При анализе нозологических форм отмечено, что в наших наблюдениях преобладали больные с экземой - 42 (47,2%) и атопическим дерматитом - 28 (31,5%). Больных с аллергическим дерматитом было лишь - 13 (14,6%), с крапивницей - 6 (6,7%). Среди причин обострения или дебюта АлД преобладал стресс - у 41 (46%) больных, травма - у 24 (26,9%) больных. У всех пациентов с АлД резко снижен уровень качества жизни. Так индекс качества жизни 21 балл и более был - у 5 (5,6%) пациентов, от 6 до 20 баллов - у 66 (75%) пациентов.

Выводы. Учитывая выявленные клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных Донецкого региона, проживающих в зоне боевых действий, обосновывают целесообразность коррекции лечебно-реабилитационной тактики с использованием медикаментозных и немедикаментозных способов воздействия.

Ключевые слова: Аллергодерматозы, зона боевых действий, стресс, клиника.

Актуальность

В настоящее время в мире отмечается рост частоты и распространенности аллергических заболеваний кожи: атопического дерматита, аллергического дерматита, контактного дерматита, экземы, которыми в ряде стран страдает до 25% населения [5]. Заболеваемость хроническими, в том числе аллергодерматозами

(АлД), увеличивается при стрессе, и возникают «ножницы» между возможностями нейро-регуляторных механизмов организма и особенностями функционирования кожи [6]. Доказано, что цепь развития аллергических реакций в коже включает множество сложных процессов, одним из которых является стресс-индуцированный ответ нейро-эндокринно-им-

мунной системы [4,7]. Известна роль психогенных воздействий как факторов, провоцирующих манифестацию (44% наблюдений) или экзацербацию (81,3% наблюдений) дерматозов [3,4,8].

Ранее проведенными исследованиями было показано, что психоэмоциональные переживания и стрессы являются не только факторами риска дебюта или рецидива дерматозов, но и отягощают их течение и ответную реакцию на терапию [2,7,8]. Установлено, что тяжелое течение АД более, чем у 2/3 больных сопровождалось тревожно-фобическими, неврастеническими расстройствами и аффективными депрессивными нарушениями [7]. Недооценка психического состояния и неучитывание эмоционального фактора у 40% больных приводило к неэффективности терапевтической помощи [6,7,8].

Длительное проживание в зоне продолжающихся боевых действий является мощным стрессорным воздействием, которое может влиять на дебют и течение аллергодерматозов, эффективность их терапии, что необходимо учитывать при лечебно-реабилитационных мероприятиях [2,7].

Цель работы

Изучить клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных Донецкого региона, проживающих в зоне боевых действий.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 89 больных в возрасте от 11 до 77 лет, в том числе мужчин - 43 (48,3%), женщин - 46 (51,7%). Наряду с общеклиническими и лабораторными исследованиями, определяли степень выраженности дерматозов по дерматологическим индексам: SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis), BSA (Body Surface Area) [1,9], а также влияние АД на качество жизни при помощи индекса DLQI (Dermatology Life Quality Index) [1]. Статистическую обработку ре-

зультатов проводили методами вариационной статистики на персональном компьютере по стандартным программам.

Результаты и их обсуждения

Анализ по возрастным группам показал, что в наших наблюдениях среди всех больных аллергодерматозами преобладали пациенты в возрасте от 21 до 50 лет - 55 (61,8%), из них мужчин - 28 (31,4%), женщин - 27 (30,3%), что показывает на преобладание лиц трудоспособного возраста. Меньше всего больных было в возрастной группе до 20 лет - 7 (7,9%). При анализе нозологических форм отмечено, что в наших наблюдениях преобладали больные с экземой - 42 (47,2%) и атопическим дерматитом - 28 (31,5%). Больных с аллергическим дерматитом было лишь - 13 (14,6%), с крапивницей - 6 (6,7%).

Обращало внимание, что аллергический дерматит выявлен у 13 (14,6%), в 2 раза чаще у женщин 9 (19,5%), чем у мужчин - 4 (9,3%) и значительно чаще у лиц, старше 50 лет (у 5 из 13 больных).

Атопический дерматит (АД) также в 3 раза чаще наблюдали у женщин, чем у мужчин 21 (45,7%) и 7 (16,3%) соответственно во всех возрастных группах, но при этом у 6 из 7 больных - в возрасте до 20 лет, у 5 из 13 больных - в возрастной группе 21-30 лет, у 11 из 23 больных в возрастной группе 31-40 лет, 10 из 19 больных в возрасте 41-50 лет и у 15 из 27 больных старше 50 лет. Учитывая тот факт, что при АД склонность к аллергическим реакциям реактинового типа сохраняется всю оставшуюся жизнь [7], можно отметить значимость стрессового фактора для реализации наследственной аллергической предрасположенности организма, что необходимо учитывать при лечебных мероприятиях.

Экзема встречалась в 3 раза чаще у мужчин, чем у женщин (32 и 10 больных соответственно), значительно чаще у лиц старше 31 года - у 36 из 42 больных. Отмечено, что острая экзема встречалась в 3 раза чаще, чем хроническая экзема - 31

Таблица 1

Распределение больных алергодерматозами по полу и возрасту

Нозологии	Пол		Возраст (лет)					Всего
	м	Ж	До 20	21-30	31-40	41-50	> 50	
Аллергический дерматит	4	9	0	3	3	2	5	13/14,6
Атопический Дерматит	7	21	6	5	7	5	5	28/31,5
Экзема	32	10	1	5	11	10	15	42/47,2
Крапивница	0	6	0	0	3	1	2	6/6,7
Всего абс.	43	46	7	13	23	19	27	89/100
Всего %	48,3	51,7	7,9	14,6	25,8	21,3	30,3	100

Таблица 2

Гендерные особенности распределения больных алергодерматозами по нозологическим группам

Группы алергодерматозов/ пол		Всего, n=89	М, n= 43, абс./%	Ж, n=46, абс./%
Аллергический дерматит		13	4/9,3	9/19,5
Атопический дерматит		28	7/16,3	21/45,7
Экзема	Острая	31	26/60,5	5/10,9
	Хроническая	11	6/13,9	5/10,9
Крапивница		6	0/0	6/13

Таблица 3

Причина обострения или дебюта алергодерматозов у лиц, проживающих в зоне боевых действий

Причина	Всего больных, n=89, абс./%
Стресс	41/46%
Погрешность в диете	23/25,8%
Травма	24/26,9%
Другое	1/1,1%

и 11 больных соответственно. Обращало внимание, что острая экзема наблюдалась чаще у мужчин 26 (60,4%), чем у женщин – 5 (10,8%). Хроническая экзема выявлена у 6 (13,9%) мужчин и у 5 (10,8%) женщин.

Крапивница была выявлена только у женщин – 6 больных и только у лиц старше 31 года (табл.1, табл. 2).

Среди причин обострения или дебюта АлД преобладал стресс - у 41 (46%) больных, травма – у 24 (26,9%) больных (табл. 3).

При анализе длительности течения отмечено, что преобладали пациенты с давностью дерматоза до 1 года – 41 (46,1%), а у 33 (37,1%) – был впервые выявленный процесс (табл. 4).

Таблица 4

Длительность течения аллергодерматоза

Длительность заболевания	Всего больных, n= 89, абс./%
Впервые выявленный	33/37,1%
До года	41/46,1%
Более 5 лет	15/16,8%

Таблица 5

Площадь поражения аллергодерматозов по индексу BSA

Индекс BSA	Аллергический дерматит, абс./%	Атопический дерматит, абс./%	Экзема, абс./%	Крапивница, абс./%	Всего, n=89, абс./%
До 3%	13/100	2/7,1	3/7,1	0/0	18/20,2%
От 4 до 10%	0/0	3/10,7	13/30,9	0/0	16/18%
10% и более	0/0	23/82,1	26/61,9	6/100	55/61,8%
Всего	13	28	42	6	89

Таблица 6

Степень тяжести аллергодерматозов по шкале SCORAD

Группы АД/ степень тяжести	до 20 баллов, n=45/50,6%		20-40 баллов, n=36/40,4%		более 40, n=8/8,9%	
	М, абс./%	Ж, абс./%	М, абс./%	Ж, абс./%	М, абс./%	Ж, абс./%
Аллергический дерматит, n=13	4/15,4	9/47,4	0/0	0/0	0/0	0/0
Атопический дерматит, n=28	1/3,8	1/5,2	5/35,8	14/63,6	1/50	6/100
Экзема, n=42	21/80,8	9/47,4	9/64,2	2/9,1	1/50	0/0
Крапивница, n=6	0/0	0/0	0/0	6/27,3	0/0	0/0
Всего, n=89	26	19	14	22	2	6

При анализе клинических особенностей АД выявлено преобладание распространенных форм поражения (BSA 10% и более) – у 55 (61,8%) больных, ограниченная форма (BSA до 3%) встречалась у 18 (20,2%) больных, в основном при аллергическом дерматите (табл.5).

При оценке степени тяжести по шкале SCORAD более 40 баллов, что отражало тя-

желое течение, было у 8 (8,9%) больных, в основном при АД у 7 (87,5%). Среднетяжелое течение (20-40 баллов по шкале SCORAD) выявлено у 36 (40,4%) больных, в основном при АД у 19 из 36 (52,8%), преимущественно у женщин, а не мужчин – 5 (35,8%) и 14 (63,6%) больных соответственно (табл. 6).

У всех пациентов с АД резко снижен уровень качества жизни. Так, индекс

Таблица 7

Индекс качества жизни (DLQI) больных аллергодерматозами

DLQI, в баллах	М, n=43, абс./%	Ж, n=46, абс./%	Всего, n=89, абс./%
0-1 балл	0/0	0/0	0/0
2-5 баллов	11/25,6	7/15,2	18/20,2
6-10 баллов	14/32,5	13/28,3	27/30,3
11-20 баллов	16/37,2	23/50	39/43,8
21 и более баллов	2/4,7	3/6,5	5/5,6

качества жизни 21 балл и более был – у 5 (5,6%) пациентов, от 6 до 20 баллов – у 66 (75%) пациентов.

При гендерном анализе отмечено, что сниженный индекс качества жизни (11-20 баллов) был у 39 (43,8%) больных, в большей степени у женщин – 23 (50%), чем у мужчин 16 (37,2%) (табл.7).

Таким образом, выявленные гендерные и возрастные особенности АД у лиц, проживающих в зоне боевых действий отражают влияние стресса и должны быть

учтены при лечебно-профилактическом мероприятии.

Выводы

Учитывая выявленные клинико-эпидемиологические особенности аллергодерматозов у больных Донецкого региона, проживающих в зоне боевых действий, обосновывают целесообразность коррекции лечебно-реабилитационной тактики с использованием медикаментозных и немедикаментозных способов воздействия.

Список литературы

1. Адашкевич, В.П. Диагностические индексы в дерматологии: книга [Текст]: Монография / В.П. Адашкевич – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2014. – 352 с.
2. Горбенко, Ал.С. Стресс-индуцированные особенности течения и лечения аллергодерматозов у больных, проживающих в районе боевых действий [Текст] / Ал.С. Горбенко // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Выпуск 11. – Донецк, 2016. – С. 12 - 17
3. Лекции по психосоматике [Текст]: книга / Под ред. А.Б. Смулевича [и др.]. – М.: Медицинское информационное агентство, 2014. – 352 с.
4. Шавловская, О.А. Синдромы самоповреждения кожи (невротические экскориаии) [Текст] / О.А. Шавловская // Consilium Medicum. Дерматология. – 2015. – № 1. – С. 31–36.
5. Померанцев, О.Н., Заболеваемость населения болезнями кожи и подкожной клетчатки как медико-социальная проблема / О.Н. Померанцев, Н.Н. Потеекаев // Клиническая дерматология и венерология. – 2013. – № 6 – С. 3- 6.
6. Проценко, О.А. Особенности психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] / О.А. Проценко, Ал.С. Горбенко // Университетская клиника. – 2015. – Т.11, №2. – С. 91 – 92.
7. Клинико-психологические характеристики психического статуса больных хроническими рецидивирующими дерматозами [Текст] // О.А. Проценко, [и др.] // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Донецк, 2015. – Выпуск 10. – С. 52 – 57.

8. Reich, A., *Stress and the skin* [Text] / A. Reich, A. Wójcik-Maciejewicz, A. T. Slominski // *Italian Journal of Dermatology and Venereology*. – 2010. – №145, 2. – P. 213-219.
9. *Severity scoring of atopic dermatitis: the SCORAD index. Consensus Report of the European Task Force on Atopic Dermatitis* [Text] // *Dermatology*. – 1993. – Vol. 186, №1. – P. 23-31.

Gorbenko A.I.S.

CLINICAL-EPIDEMIOLOGICAL PECULIARITIES OF ALLERGO-DEMATOSIS IN PATIENTS LIVING IN THE ZONE OF HOSTILE ACTION

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The aim is to study the clinical and epidemiological features of allergic dermatoses in patients of the Donetsk region living in the zone of combat operations.

Materials and methods. 89 patients aged from 11 to 77 years were under observation, of which 43 were men (48.3%), women - 46 (51.7%). Along with general clinical and laboratory studies, the degree of severity of dermatoses in dermatological indices was determined: SCORAD (Severity scoring of atopic dermatitis), BSA (Body Surface Area) [1,9], as well as the influence of AID on quality of life with the DLQI index (Dermatology Life Quality Index).

Results. Analysis by age groups showed that in our observations, among patients with allergic dermatoses, patients aged 21 to 50 years old predominated - 55 (61.8%), of which 28 (31.4%) men, 27 (30, 3%), which indicates the predominance of people of working age. The fewest patients were in the age group up to 20 years - 7 (7.9%). When analyzing nosological forms, it was noted that patients with eczema prevailed in our observations - 42 (47.2%) and atopic dermatitis - 28 (31.5%). Patients with allergic dermatitis were only - 13 (14.6%), with urticaria - 6 (6.7%). Among the causes of exacerbation or debut AID was stress - in 41 (46%) patients, trauma - in 24 (26.9%) patients. In all patients with AID, the quality of life is sharply reduced. So the index of quality of life was 21 points or more - in 5 (5.6%) patients, from 6 to 20 points - in 66 (75%) patients.

Conclusions. Given the clinical and epidemiological features of allergic dermatoses in patients in the Donetsk region living in the war zone, they justify the rationale for correcting therapeutic and rehabilitative tactics using medication and non-mediated methods of exposure.

Key words: *allergic dermatoses, war zone, stress, clinic.*

Заблоцкая А.Г.

СРАВНИТЕЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТЕЧЕНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ ПСОРИАЗА У БОЛЬНЫХ С ИЗБЫТОЧНОЙ МАССОЙ ТЕЛА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель исследования – изучить особенности течения и лечения псориаза у больных с избыточной массой тела.

Материалы и методы. Под наблюдением было 166 больных возрасте от 21 года до 65 лет, в т.ч. 106 больных псориазом с избыточной массой тела (индекс массы тела $\geq 30,0$) (1-я группа) и 60 больных - с сохраненной массой тела (2-я группа). Сопоставили особенности течения псориаза в 2-х группах. Наряду с общеклиническим, исследовали окружность талии (ОТ), уровень триглицеридов (ТгЛ), ХС ЛПВП, глюкозы крови и характер гликемических кривых, уровень С-пептида по стандартным протоколам, определяли артериальное давление. 106 больных псориазом с избыточной массой тела были разделены методом случайной выборки на 2 терапевтические группы: основная (66 больных), комплексная терапия которых включала метформин и UVB/UVA фототерапию. Группа сравнения (40 больных) – получали только традиционную терапию. Эффективность лечения оценивали по продолжительности ремиссии и количеству рецидивов в течение 3-х лет наблюдения.

Результаты. В обеих группах сравнения преобладал бляшечный псориаз, предикторы тяжести течения псориаза (поражение ладоней, подошв, волосистой части головы) было у 65,1% больных с избыточной массой тела и у 23,3% в группе сравнения. Средне-тяжелый и тяжелый псориаз был у 89,7% больных 1-й группы и у 71,7% во 2-й группе, псориазический артрит – у 8,4% и у 5% больных соответственно. ОТ была повышена у 89,1% мужчин и у 93,3% женщин 1-й группы и у 56,3% женщин и у 39,3% мужчин 2-й группы. Уровень триглицеридов превышал нормативные показатели у 67,9% больных 1-й группы и у 65% – во 2-й группе, ХС ЛПВП - у 78,3% и 73,3% больных соответственно. Артериальную гипертензию наблюдали у 91,5% больных 1-й группы и 43,3% больных 2-й группы. Гипергликемию натощак выявили у 43,4% больных 1-й группы и 18,3% – во 2-й группе. Диабетический тип гликемической кривой выявлен у 49,1% больных 1-й группы и 21,7% больных 2-й группы. Уровень С-пептида у больных 1-й группы был достоверно выше, чем во 2-й группе: $5,78 \pm 1,9$ пг/мл и $5,12 \pm 1,1$ пг/мл, соответственно. Комплексное лечение больных псориазом с избыточной массой тела с использованием метформина и фототерапии обеспечило хорошие ближайшие и отдаленные результаты. Ежегодные рецидивы были у 18,2% больных основной группы и у 40% больных в группе сравнения.

Выводы. У больных псориазом с избыточной массой тела отмечено более тяжелое течение дерматоза и выраженные метаболические нарушения. Показана высокая эффективность сочетания метформина и фототерапии в комплексном лечении псориаза у лиц с избыточной массой тела.

Ключевые слова: псориаз, избыточная масса тела, метформин, фототерапия.

Актуальность

В клинической практике врачи различных специальностей довольно часто сталкиваются с пациентами с ожирением и/или избыточной массой тела, которые отражают гормональные и метаболические нарушения, нередко служат проявлением метаболического синдрома [2, 5]. Было показано, что метаболические нарушения влияют на течение хронических заболеваний и эффективность их терапии, а метаболический синдром (МС) играет существенную роль в развитии сахарного диабета, сердечно-сосудистых заболеваний, связанных с атеросклерозом, а также повышает риск коронарных осложнений и смертности [2, 5, 6].

Согласно критериям, разработанным комитетом экспертов Национальной образовательной программы по холестерину (2001), диагноз МС устанавливается при наличии 3-х и более из следующих признаков: 1) абдоминальное ожирение (окружность талии - ОТ более 102 см у мужчин и более 88 см – у женщин); 2) уровень триглицеридов 1,7 ммоль/л и более (≥ 150 мг/дл); 3) холестерин липопротеидов низкой плотности (ХС ЛПНП) ≤ 1 ммоль/л (≤ 40 мг/дл) у мужчин и $\leq 1,3$ ммоль/л (≤ 50 мг/дл) у женщин; 4) артериальная гипертензия (артериальное давление – АД $\geq 130/85$ мм рт.ст.); 5) гликемия натощак $\geq 6,1$ ммоль/л и более ≥ 110 мг/дл [2]. Новая редакция определения МС, представленная в апреле 2005 г. на 1 Международном Конгрессе по предиабету и метаболическому синдрому утвердила новые параметры МС: ОТ более 94 см для мужчин и более 80 см – для женщин; ХС ЛПНП менее 0,9 ммоль/л для мужчин и менее 1,1 ммоль/л – для женщин; гипергликемия натощак – более 5,6 ммоль/л. Практически все компоненты МС являются клинически значимыми факторами для развития сосудистых и сердечно-сосудистых нарушений, не только у лиц старшей возрастной группы [2]. Считают, что коррекция метаболических нарушений должна быть как можно более ранней, независимо от пола, возраста пациента и соматической патологии [2, 5, 7].

Цель исследования

Изучить особенности течения и лечения псориаза у лиц с избыточной массой тела.

Материалы и методы исследования

Под наблюдением было 166 больных псориазом, в возрасте от 21 года до 65 лет, в том числе 106 больных псориазом с избыточной массой тела (индекс массы тела $\geq 30,0$) (1-я группа) и 60 больных псориазом с сохраненной массой тела (2-я группа).

На первом этапе работы в группах сравнения анализировали факторы дебюта псориаза, степень тяжести клинических проявлений по индексу PASI, при этом легким расценивали псориаз при индексе PASI до 20, средне-тяжелым - при PASI от 20 до 40, тяжелым – при PASI свыше 40 [3]. В соответствии с протоколами проводили общеклиническое и инструментальное обследование, в т.ч. ультразвуковое исследование органов малого таза, брюшной полости, щитовидной железы [1]. Исследовали окружность талии (ОТ), уровень триглицеридов, ХС ЛПВП, глюкозы крови и характер гликемических кривых, уровень С-пептида по стандартным протоколам, определяли артериальное давление.

На втором этапе работы 106 больных псориазом с избыточной массой тела были разделены методом случайной выборки на 2 терапевтические группы: основная (66 больных) – лечились по разработанной методике, с включением в комплексную терапию метформина и UVB/UVA фототерапию. Группа сравнения (40 больных) – получали только традиционную комплексную терапию. Обе группы были репрезентативны по основным сравниваемым параметрам. Эффективность лечения оценивали по регрессу псориазных высыпаний, продолжительности ремиссии и количеству рецидивов в течение 3-х летнего периода наблюдения.

Статистическую обработку результатов исследования проводили с применением пакета программ “Microsoft Excel 2007” на персональном компьютере.

Таблица 1

Клинико-анамнестические особенности псориаза в группах сравнения

Показатель		1-я группа, n=106, абс./%	2-я группа, n=60, абс./%
Наследственный фактор		19/17,9	6/10,0
Связь дебюта с:	- стрессом	36/33,9	15/25,0
	- менархе (у женщин)	14/23,3	4/12,5
	- фокальной инфекцией	8/13,3	7/21,8
Сезонность		61/57,5	32/53,3
Форма псориаза:	- бляшечный	91/85,8	42/70,0
	- каплевидный	8/7,5	20/33,3
Наличие предикторов тяжести: поражение ладоней, подошв, волосистой части головы		69/65,1	14/23,3
Тяжесть псориаза:	- легкий	11/10,3	17/28,3
	- средне-тяжелый	85/80,2	39/65,0
	- тяжелый	10/9,5	4/6,7
Псориатический артрит		9/8,4	3/5,0
Патология репродуктивной системы		43/40,9	8/13,3

Результаты и их обсуждение

Сравнительный анализ анамнестических данных показал, что наследственный фактор был более значим у больных 1-й группы, чем во 2-й – 19 (17,9%) и 6 (10%) больных соответственно. У женщин с избыточной массой тела дебют псориаза почти в 2 раза чаще был связан с менархе, при этом у 9 из 14 таких больных первые высыпания были на волосистой части головы и расценены первоначально как себорея. Стресс как фактор дебюта дерматоза был у 36 (33,9%) больных 1-й группы и лишь у 15 (25%) больных во 2-й группе (табл.1).

Бляшечный псориаз преобладал в обеих группах сравнения, но при этом каплевидный псориаз был у каждой третьей пациентки во 2-й группы – у 20 (33,3%) больных и лишь у 8 (7,5%) – в 1-й группе.

Особую клиническую значимость представляет сравнение по предикторам тяжести течения псориаза. Так, поражение ладоней, подошв, волосистой части головы было у 69 (65,1%) больных 1-й группы и

лишь у 14 (23,3%) – во 2-й группе сравнения.

Средне-тяжелый и тяжелый псориаз был у 95 (89,7%) больных псориазом с избыточной массой тела и лишь у 43 (71,7%) – во 2-й группе. Псориатический артрит был у 9 (8,4%) больных 1-й группы и лишь у 3 (5%) – во 2-й группе.

Патология репродуктивной системы (нарушения менструального цикла, поликистоз яичников, эндометриоз, фибромиомы) выявлены у 43 (40,9%) 1-й группы и лишь у 8 (13,3%) – во 2-й группе.

Важным показателем, отражающим развитие метаболических нарушений, в соответствии с современными критериями, окружность талии, показатель которой был повышенным у 41 (89,1%) из 46 мужчин и у 56 (93,3%) из 60 женщин 1-й группы, в то время как во 2-й группе – лишь у 18 (56,3%) из 32 женщин и у 11 (39,3%) из 28 мужчин.

Уровень триглицеридов превышал нормативные показатели у большинства больных в сравниваемых группах – у 72 (67,9%) больных 1-й группы и у 39 (65%) –

Таблица 2

Гликемические кривые в сравниваемых группах

Тип гликемической кривой/ группы сравнения	1-я группа, n=106 абс./%	2-я группа, n=60 абс./%
Плоский тип	39/36,8	14/23,3
Диабетический тип	52/49,1	13/21,7
Нормальный тип	15/14,1	33/55,0

Таблица 3

Отдаленные результаты лечения больных псориазом с избыточной массой тела

Число рецидивов/ группы сравнения	Всего, n=106 абс./%	Основная группа, n=66 абс./%	Группа сравнения, n=40 абс./%
1 раз в 2-3 года	70/66,1	54/81,8	16/40,0
1 раз в год	28/26,4	12/18,2	16/40,0
2 раза в год и более	8/7,5	-	8/20,0

во 2-й группе. Показатели ХС ЛПВП также были выше нормативных показателей у всех больных псориазом, но у лиц с избыточной массой тела достоверно выше, чем у больных с сохраненной массой тела – у 83 (78,3%) и у 44 (73,3%) больных.

Артериальную гипертензию наблюдали у 97 (91,5%) больных 1-й группы и лишь у 26 (43,3%) больных 2-й группы.

Гипергликемию натощак выявили у 46 (43,4%) больных 1-й группы и лишь у 11 (18,3%) – во 2-й группе. Диабетический тип гликемической кривой выявлен у 52 (49,1%) больных псориазом 1-й группы и у 13 (21,7%) больных во 2-й группе; плоский тип – у 39 (36,8%) и 14 (23,3%) больных соответственно (табл.2). Сохраненной гликемической кривая была у большинства больных псориазом с нормальной массой тела – у 33 (55,0%) и лишь у 15 (14,1%) – в 1-й группе ($p \leq 0,05$).

Уровень С-пептида у больных 1-й группы был достоверно выше, чем во 2-й группе: $5,78 \pm 1,9$ пг/мл и $5,12 \pm 1,1$ пг/мл, соответственно ($p \leq 0,01$).

Таким образом, проведенный анализ показал более тяжелое течение псориаза у больных с избыточной массой тела, более

выраженные метаболические нарушения и более высокую частоту патологии репродуктивной системы. Выявленные изменения, с одной стороны, обуславливают необходимость междисциплинарного взаимодействия в ведении таких больных, а с другой стороны – необходимость коррекции лечебно-диагностической и реабилитационной программы.

Проведенные исследования легли в основу разработки комплексного метода лечения с использованием метформина и UVB/UVA фототерапии.

Метформин относится к группе бигуанидов и обладает благоприятным эффектом на метаболизм липидов плазмы в связи с доказанным гиполипидемическим и антиатерогенным действием, снижает глюкозотоксичность и концентрацию свободных жирных кислот, снижает продукцию глюкозы печенью, влияет на эндотелиальную функцию и сосудистую реактивность, улучшает реологические свойства крови, обладает вазопротекторными свойствами [2]. Метформин назначали по 1000 мг 1 раз в день вечером в течение 3 месяцев.

Переносимость лечения у всех больных была удовлетворительной. Сравне-

ние ближайших (регресс псориатических высыпаний) результатов лечения не выявило существенных различий. Сравнение отдаленных результатов лечения (число рецидивов в течение 3-х лет наблюдения, продолжительность ремиссии) показали преимущество разработанного метода терапии (табл.3).

Так, ежегодные рецидивы были у 28 (26,4%) больных псориазом с избыточной массой тела, в т.ч. у 16 (40%) больных в группе сравнения и лишь у 12 (18,2%) больных основной группы. 2 и более рецидива в год

были отмечены лишь в группе сравнения у 8 (20%) больных псориазом с избыточной массой тела, леченных традиционно.

Выводы

1. У больных псориазом с избыточной массой тела отмечено более тяжелое течение дерматоза и выраженные метаболические нарушения.

2. Показана высокая эффективность сочетания метформина и фототерапии в комплексном лечении псориаза у лиц с избыточной массой тела.

Список литературы

1. Клинические рекомендации. Дерматовенерология [Текст]: Руководство для врачей / Под ред. А.А. Кубановой – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143 – 153.
2. Мкртумян, А.М. Основной подход к фармакотерапии метаболического синдрома [Текст] / А. М. Мкртумян, Е.В. Бирюкова // CONSILIUM MEDICUM. – 2008. – Т.8, №5. – С.54 – 58.
3. Практическая дерматология [Текст]: руководство для врачей / Под ред. проф. Л. А. Болотной. – ХМАПО, 2015. – 272 с.
4. Проценко, Т.В. Оптимизация наружной терапии хронических дерматозов топическими кортикостероидами [Текст] /Т.В Проценко, О. А. Проценко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2014. – № 3 (54). – С.114 – 118.
5. Чайка, В.К. Ожирение и репродуктивное здоровье [Текст]: Монография / В. К. Чайка, Ю.П. Богослав – Донецк: «Лавис», 2011. – 120 с.
6. Oxford Handbook of Medical Dermatology/ Ed. by S. Burge, R. Matin, D. Wallis. - 2nd – Oxford University Press, 2016. – 692 p.
7. Procenko, T. Clinical and immunological comparison in psoriasis patients with chronic viral infection [Text] / T. Procenko, S Ziablitsev, I. Bohatyrova // Journal of Education, Health and Sport. – 2015. – Vol. 5, № 4. – P. 299 – 308.

Zablotskaya A.G.

COMPARATIVE FEATURES OF TREATMENT PSORIASIS IN PATIENTS OF WITH OVERWEIGHT

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

Aim of the study – explore the comparative features of psoriasis clinic and treatment in patients with overweight.

Materials and methods. Were observed 166 patients with psoriasis, aged from 21 years to 65 years, divided into 2 groups: 106 patients with psoriasis who are overweight; the comparison group - 60 patients with psoriasis conservation of mass of the body. We studied the degree of psoriasis by PASI, the ratio of waist to hip size (RW/HS), the nature of glycemic curves, levels of C-peptide. Were treated 106 patients with psoriasis and overweight, divided into 2 groups: 66 patients with metformin and UVA/UVB; the comparison group - 40 patients with traditional treatment.

Results. The patients with psoriasis and overweight had more greater the degree of psoriasis by PASI. Ratio of RW/HS over 0.9 was in 23 (38.3%) patients of the main group and in none of the 32 patients in the comparison group. Diabetes type glycemic curve was detected in 26 (43.3%) patients with psoriasis the main group and in 3 (9.4%) patients in the comparison group; flat type - 19 (31.7%) and 6 (8.8%) patients, respectively. The level of C-peptide in the study group was significantly higher than in the comparison group: $5,78 \pm 1,9$ pg / ml and $5,12 \pm 1,1$ pg / ml, respectively.

Conclusions. In patients with psoriasis and overweight had more greater the degree of psoriasis, metabolic disorders that need to be considered in the treatment.

Keywords: *psoriasis, overweight, treatment.*

Проценко О.А., Провизион А.Н., Чернобрывцев П.А.

СОСТОЯНИЕ ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ С ХРОНИЧЕСКИМ ПРОСТАТИТОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель работы. Изучить изменения гормонального профиля у больных псориазом мужчин с хроническим простатитом (ХП).

Материалы и методы. Обследовано 119 мужчин в возрасте от 19 до 77 лет, в том числе 1я группа – 56 больных псориазом мужчин с ХП, 2я группа – 27 больных псориазом мужчин без ХП. Контрольную группу составили 33 условно здоровых мужчин в анамнезе которых отсутствовали данные за псориаз и ХП. Гормональное обследование проводили методом иммуноферментного анализа, определяли уровень общего тестостерона (ТСО), секссвязывающего глобулина (ССГ), фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), лютеинизирующего гормона (ЛГ), пролактина (ПРЛ), кортизола (КР), свободного тестостерона (ТСС).

Результаты. Установлено, что у больных псориазом мужчин с ХП было снижение ТСО и ТСС, по сравнению с больными псориазом мужчинами без ХП и контрольной группой. Выявлено повышение концентрации ССГ, ФСГ, ЛГ, ПРЛ и КР у больных псориазом мужчин с ХП, по сравнению с больными псориазом мужчинами без ХП и контрольной группой.

Выводы. Показано, что наличие ХП влияет на гормональный фон у больных псориазом мужчин. Выявленные изменения обуславливают необходимость обследования больных псориазом для своевременного выявления хронического простатита и коррекции лечебно-профилактической тактики.

Ключевые слова: псориаз, хронический простатит, гормональный фон.

Актуальность

Псориаз остается одним из самых распространенных дерматозов в популяции, при этом псориаз 2-го типа развивается, в основном, у лиц старше 25 лет и именно эта форма дерматоза чаще сочетается с ко-морбидной патологией [1, 2]. Хронический простатит (ХП) является частым воспалительным заболеванием репродуктивной системы и третьим по частоте встречаемости в урологической патологии у мужчин старших возрастных групп [3,4,6]. Известна роль гормональных нарушений в патогенезе ХП [8, 10, 11] и развивающееся при этом снижение

андрогенной насыщенности организма может влиять на особенности течения псориаза [7, 9]. Ранее было показано, что функциональные нарушения эндокринной системы играют немаловажную роль при многих дерматозах, однако данные о роли гормонов в патогенезе псориаза разрозненны и противоречивы. Описана связь обострений псориаза у женщин с нарушениями менструального цикла, климактерическим синдромом [6, 9] и лишь единичные работы посвящены влиянию ХП и обусловленных им гормональных нарушений на особенности клиники и течения псориаза у мужчин [9, 12].

Цель работы – изучить изменения гормонального профиля у больных псориазом мужчин с ХП.

Материалы и методы

Обследовано 119 мужчин в возрасте от 19 до 77 лет, разделенных в соответствии с целью исследования на следующие репрезентативные группы: 1я группа – 56 больных псориазом мужчин с ХП, 2я группа – 27 больных псориазом мужчин без ХП. Контрольной была группа из 33 условно здоровых мужчин, в анамнезе которых отсутствовали данные о псориазе и ХП. В исследование не включали пациентов в возрасте до 18 лет и старше 77; имеющих злокачественные новообразования; системные инфекции; тяжелые соматические заболевания; а также лиц, участвовавших в других исследованиях в течение последних двух лет.

У пациентов оценивали анамнез и клинику, проводили общеклиническое, клиничко-лабораторное, функциональное и инструментальное обследование [5].

Гормональное обследование проводили методом иммуноферментного анализа с использованием набором реагентов «Алькор-Био» (Россия) для определения уровня общего тестостерона (ТСО), референтный интервал: 18 – 32 нмоль/л; секссвязывающего глобулина (ССГ), референтный интервал: 13 – 71 нмоль/л; фолликулостимулирующего гормона (ФСГ), референтный интервал: 1 – 12 МЕ/мл; лютеинизирующего гормона (ЛГ), референтный интервал: 0,6 – 12 МЕ/мл; пролактина (ПРЛ), референтный интервал: 0,5 – 15,0 нг/мл; кортизола (КР), референтный интервал: 220 – 550 нмоль/л. Для определения уровня свободного тестостерона (ТСС) применяли тест-систему Free Testosterone ELISA (EIA-2924), DRG (Германия), референтный интервал: 4,5–45,0 пг/мл. Пробы крови отбирали утром натощак с антикоагулянтом (ЭДТА), центрифугировали при 1500 об/мин 15 минут, декантировали и использовали плазму [5].

Статистическую обработку проводили при помощи пакета программ SPSS for

Windows 13.0. Данные представлены в виде среднего арифметического и среднее квадратического отклонения ($M \pm SD$).

Результаты и их обсуждения

При исследовании гормонального статуса больных псориазом с ХП было установлено, что уровень половых гормонов (ТСО, ТСС, ССГ, ФСГ, ЛГ, ПРЛ), а также кортизола в сыворотке крови значительно отличался от изучаемых показателей здоровых лиц, а также показателей больных псориазом без ХП (табл.1).

Так, содержание ТСО было снижено, по сравнению с контрольной группой ($22,32 \pm 7,07$ нмоль/л), при этом у больных 1ой группы оно было достоверно ниже, чем у больных псориазом мужчин без ХП ($14,129 \pm 4,453$ нмоль/л и $17,30 \pm 6,35$ нмоль/л соответственно).

Содержание ТСС так же было снижено у всего больного псориаза, но у больных псориазом с ХП более, чем в два раза, по сравнению с контрольной группой ($10,780 \pm 4,259$ пг/мл и $24,233 \pm 4,501$ пг/л соответственно) и существенно ниже, чем у больных псориазом мужчин без ХП ($16,120 \pm 8,813$ пг/л).

Концентрация ССГ у больных псориазом с ХП, напротив, превышала более, чем в два раза с показатели контрольной группы ($79,961 \pm 28,887$ и $34,338 \pm 14,604$ пг/л соответственно) и почти в полтора раза – показатели больных псориазом без ХП ($79,961 \pm 28,887$ и $42,715 \pm 21,334$ соответственно).

Показатели ФСГ у больных псориазом мужчин с ХП были значительно выше, чем в контрольной группе ($12,284 \pm 4,439$ МЕ/мл и $5,510 \pm 3,050$ МЕ/мл соответственно) и существенно выше, чем у больных псориазом мужчин без ХП ($8,504 \pm 3,888$ Ед/л).

При оценке показателей ЛГ выявлено, что его концентрация у больных псориазом мужчин с ХП оказалась вдвое больше, чем у лиц контрольной группы ($8,251 \pm 3,264$ МЕ/мл и $4,363 \pm 3,212$ МЕ/мл соответственно) и примерно в полтора раза выше, чем у больных псориазом без ХП ($8,251 \pm 3,264$ МЕ/мл и $6,943 \pm 4,105$ МЕ/мл).

Таблица 1

Индекс качества жизни (DLQI) больных аллергодерматозами

N=119 *	ТСО	ТСС	ССГ	ФСГ	ЛГ	ПРЛ	КР
К(n=33)	22,317± 7,069	24,233± 4,501	34,338± 14,604	5,510± 3,050	4,363± 3,212	7,143± 3,350	358,528± 84,839
1я (n=27)	17,304± 6,346	16,120± 8,813	42,715± 21,334	8,504± 3,888	6,943± 4,105	10,282± 5,204	524,426± 125,223
2я (n=59)	14,129± 4,453	10,780± 4,259	79,961± 28,887	12,284± 4,439	8,251± 3,264	13,769± 6,196	641,027± 141,941

Увеличение концентрации ПРЛ отмечено у всех обследованных больных, но у больных псориазом с ХП эти показатели были примерно в два раза выше, чем в контрольной группе (13,769±6,196 и 7,143±3,350 нг/мл соответственно) и примерно в полтора раза выше, по сравнению с больными 2ой группы (13,769±6,196 и 10,282±5,204 нг/мл соответственно).

Средняя концентрация КР у больных псориазом с ХП оказалась почти вдвое больше, чем у лиц контрольной группы (641,027±141,941 нмоль/л и 358,528±84,839 нмоль/л соответственно), была существенно выше, по сравнению с показателями 2ой группы (641,027±141,941 нмоль/л и 524,426±125,223 нмоль/л соответственно).

Проведенные в последующем клинико-гормональные сопоставления показали, что у больных псориазом с ХП дерматоз протекал более тяжело и сопровождался более частыми рецидивами.

Таким образом, проведенные исследования показали отличия в гормональном фоне у больных псориазом мужчин с ХП, что необходимо учитывать в лечбно-профилактической тактике.

Выводы

Показано, что наличие ХП влияет на гормональный фон у больных псориазом мужчин.

У больных псориазом мужчин с ХП установлено снижение ТСО и ТСС, по сравнению с больными псориазом без ХП и контрольной группой.

Выявлено повышение концентрации ССГ, ФСГ, ЛГ, ПРЛ и КР у больных псориазом мужчин с ХП, по сравнению с больными псориазом без ХП и контрольной группой.

Выявленные изменения необходимо учитывать при планировании лечебно – профилактической тактике.

Список литературы

1. Баткаева, Н. В. Структура коморбидных заболеваний у больных тяжелыми формами псориаза: скрининг госпитальной когорты [Текст] / Н. В. Баткаева, Т. В. Коротаева, Э. А. Баткаев // Вестник последипломного медицинского образования. – 2015. – №4. – С. 11 – 16.
2. Болевич, С. Б Псориаз: современный взгляд на этиопатогенез [Текст] / С. Б. Болевич, А. А. Уразалина // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2013. – №2, 42. – С. 202 – 206.
3. Діагностика хронічного простатиту: сучасні реалії та проблеми [Текст] / І. І. Горпинченко [та ін.] // Здоров'я чоловіка. – 2014. – №1. – С. 105 – 110.
4. Дырдик, О. А. Клинико-морфологические сопоставления при хроническом простате

- тите [Текст] / О. А. Дырдик, А. А. Артифксова // Аллергология и иммунология: научно-практический журнал. – 2013. – Т 14, № 2. – С. 126 – 127.
5. Клиническая лабораторная диагностика [Текст]: национальное руководство: в 2-х т. / под ред. В.В. Долгова, В.В. Меншикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 1. – 928 с.
6. Кульчавеня, Е. В. Простатит. Диагностика и лечение [Текст] / Е. В. Кульчавеня, А. И. Неймарк – М.: ГЭОТАР - МЕДИА, 2010. – 256 с.
7. Перламутров, Ю.Н., Клинико-лабораторные характеристики псориаза, ассоциированного с гормонально-метаболическими нарушениями [Текст] / Ю.Н. Перламутров, А.В. Микрюков // Росс. Журнал кожных и венерических болезней. – 2013. - №5. – С. 46 – 50.
8. Простатит. Диагностика и лечение: руководство. [Электронный ресурс] Кульчавеня Е.В., Неймарк А.И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 256 с.: ил. – Режим доступа: <http://studmedlib.ru>.
9. Псориаз: коморбидности и комедикации [Текст] / Н. Кочергин [и др.] // Врач. – 2009. - №5. – С. 15 – 20.
10. Пушкарь, Д. Ю. Урология [Текст]: Российские клинические рекомендации / Д. Ю. Пушкарь, Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 192 с.
11. Уровень гормонов основного обмена при хроническом простатите [Текст] / Р. А. Садретдинов [и др.] // Международный журнал экспериментального образования. – 2016. - №5. – С. 137.
12. Исследование уровней пролактина, кортизола, тестостерона и дегидроэпиандростерона в плазме крови больных псориазом [Текст] / А.Г. Васильев [и др.] // Вестник российской военно-медицинской академи. – 2009. - №3. – С. 141 – 144.

Protsenko O.A., Provizion A.N., Chernobryvtsev P.A.

CONDITION OF THE HORMONAL BACKGROUND IN PATIENTS WITH A PSORIASIS WITH CHRONIC PROSTATITIS

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The aim to study changes in the hormonal profile in patients with psoriasis of men with chronic prostatitis (CP).

Materials and methods. 119 men aged from 19 to 77 years were examined, including the 1st group - 56 patients with psoriasis of men with CP, and the 2nd group - 27 patients with psoriasis without CP. The control group consisted of 33 conditionally healthy men who had no history for psoriasis and CP. Hormonal examination was performed by the method of enzyme immunoassay, the level of total testosterone (TTS), sex binding globulin (SBH), follicle stimulating hormone (FSH), luteinizing hormone (LH), prolactin (PRL), cortisol (CR), free testosterone (FTS).

Results. It was found that in patients with psoriasis of men with CP, there was a decrease in TTS and FTS, in comparison with psoriasis patients without men with CP and control group. An increase in the concentration of SBH, FSH, LH, PRL, and CR in patients with psoriasis in men with HP has been found, compared to psoriasis patients without CP and controls.

Conclusions. It is shown that the presence of CP affects the hormonal background in patients with psoriasis of men. The revealed changes necessitate the examination of patients with psoriasis for the timely detection of chronic prostatitis and correction of therapeutic and preventive tactics.

Key words: *Psoriasis, chronic prostatitis, hormonal background.*

УДК 616.6-145-96:3

Проценко Т.В., Богослав Ю.П., Лукьянченко Е.Н.

ВЗАИМОСВЯЗЬ ОСОБЕННОСТЕЙ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ ПОЗДНИХ АКНЕ И ГОРМОНАЛЬНОГО ФОНА У ЖЕНЩИН РАЗЛИЧНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель исследования: установить взаимосвязь клинических особенностей поздних акне (ПА) и гормональных нарушений у женщин в различные периоды репродуктивного возраста.

Материалы и методы. Обследованы 60 женщин с ПА и 20 здоровых женщин в возрасте от 20 до 55 лет. Степень выраженности акне определяли с помощью дерматологического индекса акне. Исследовали уровни репродуктивных и надпочечниковых гормонов (фолликулостимулирующего, лютеинизирующего гормонов, эстрадиола, прогестерона, тестостерона, кортизола, ДГЭА-сульфата, пролактина).

Результаты. Выявлена взаимосвязь клинических особенностей и степени выраженности ПА с различными периодами репродуктивного возраста женщин. Установлены особенности генеза гиперандрогении при ПА у женщин различного репродуктивного возраста.

Выводы. Полученные результаты могут быть использованы для оптимизации лечебно-реабилитационной тактики при ПА у женщин в различные периоды репродуктивного возраста.

Ключевые слова: *поздние акне, женщины, репродуктивный возраст.*

Актуальность

Известна роль гиперандрогении в патогенезе акне, но до настоящего времени не вскрыты особенности гормональных изменений при угревой болезни у женщин различного репродуктивного возраста [3, 6]. Поздние акне (ПА), развивающиеся после пубертатного периода, поражают женщин в возрасте максимальной социальной активности, что влияет не только на психоэмоциональное состояние и самооценку пациенток, но и на их адаптацию в обществе и социальную востребованность [1, 5].

Цель исследования

Установить взаимосвязь клинических особенностей ПА и гормональных нарушений у женщин в различные периоды репродуктивного возраста.

Материалы и методы

Комплексно обследованы 60 женщин с ПА и 20 здоровых женщин в возрасте от 20 до 55 лет. Степень выраженности акне вычисляли с помощью дерматологического индекса акне (ДИА), который выражали в баллах и определяли путем подсчета количества невоспалительных (комедонов)

и воспалительных (папулы, пустулы, узлы) элементов сыпи. Выделяли три степени тяжести акне: 1) легкая форма - ДИА от 1 до 5 баллов; 2) средне-тяжелая форма - ДИА от 6 до 10 баллов; 3) тяжелая форма - ДИА от 11 до 15 баллов [4].

Для оценки гормонального статуса определяли уровни гормонов: фолликуло-стимулирующего (ФСГ), лютеинизирующего (ЛГ), эстрадиола (Е2), прогестерона (П), тестостерона (Т), кортизола (К), ДГЭА-сульфата (ДГЭАс), пролактина (Пр). Исследования проводили иммуноферментным методом с использованием стандартных наборов фирмы ОАО «Алко-Био» (Санкт-Петербург, Россия) и Clone Systems (США).

В зависимости от репродуктивного возраста исследования проводили в 3х группах сравнения: 1я группа - 23 больных ПА активного репродуктивного возраста (АРВ), 2я группа - 20 больных ПА позднего репродуктивного возраста (ПРВ) и 3я группа - 17 больных ПА перименопаузального периода (ПМП).

У больных с регулярным менструальным циклом исследование ФСГ, ЛГ, К, Е2, Т, П, ДГЭАс, Пр проводили на 7й день менструального цикла в 8 часов утра натощак; повторное исследование К - в тот же день в 12 часов дня, через 2 часа после еды; повторное исследование П - на 21й день менструального цикла. Женщинам с аменореей или редкими менструациями исследование проводили в любой день, а повторное исследование уровня П - через 14 дней.

Статистическая обработка материала проведена с помощью «Microsoft Excel» с применением пакета статистических программ Excel-6, методом корреляционного анализа с использованием персонального компьютера IBM PC.

Результаты и их обсуждение

У больных ПА АРВ в морфологии сыпи отмечено преобладание закрытых комедонов над открытыми ($22,4 \pm 2,17$ и $15,2 \pm 1,16$ соответственно), среди воспалительных элементов сыпи - папул и пустул

($12,1 \pm 1,1$ и $7,2 \pm 2,13$ соответственно). Узлов и кистозных элементов было немного ($1,2 \pm 0,57$ и $3,02 \pm 1,82$) (табл.1).

У больных ПА ПРВ также преобладали закрытые комедоны над открытыми ($25,2 \pm 1,08$ и $12,3 \pm 2,1$ соответственно), в то же время количество открытых комедонов было меньше, чем у больных АРВ ($15,2 \pm 1,16$). Папулы занимали лидирующее место среди воспалительных элементов сыпи ($9,4 \pm 1,62$) и значительно больше было кист и узлов ($5,19 \pm 1,51$ и $2,76 \pm 1,16$ соответственно), по сравнению с больными АРВ.

У больных ПА ПМП открытые комедоны были немногочисленны ($3,4 \pm 1,12$), по сравнению с пациентками АРВ ($15,2 \pm 1,16$) и ПРВ ($12,3 \pm 2,1$). Обращало внимание то, что закрытые комедоны встречались чаще ($26,2 \pm 1,34$), чем у больных ПА АРВ ($22,4 \pm 2,17$) и ПРВ ($25,2 \pm 1,08$). Кисты и узлы наблюдали значительно чаще ($7,4 \pm 2,41$ и $4,2 \pm 1,09$), чем у больных ПА АРВ ($3,02 \pm 1,82$ и $1,2 \pm 0,57$ соответственно) и ПРВ ($5,19 \pm 1,51$ и $2,76 \pm 1,16$ соответственно). Папулы и пустулы были представлены лишь единичными элементами ($3,0 \pm 2,29$ и $2,2 \pm 2,13$).

При оценке степени тяжести дерматоза по индексу ДИА установлено преобладание пациенток с 3й степенью тяжести - 27 (45%) больных, в большей степени среди пациенток ПРВ - 10 (50%) и АРВ - 11 (47,82%). 2я степень тяжести выявлена у 23 (38,33%) больных, достоверно чаще у больных ПМП - у 9 (52,94%), чем в ПРВ и АРВ группах - у 7 (35%) и у 7 (30,43%) больных соответственно. Легкая степень тяжести ПА была выявлена лишь у 10 (16,67%) больных, менее всего у пациентов ПМП группы - 2 (11,76%), по сравнению с ПРВ и АРВ группами - 3 (15%) и 5 (21,74%) больных соответственно.

При анализе гормонального фона у больных ПА уровень гонадотропных гормонов (ФСГ и ЛГ), а также Е2 и П достоверно не отличался от показателей контрольной группы (табл. 2, 3). Содержание П на

Таблица 1

Индекс качества жизни (DLQI) больных аллергодерматозами

Группы сравнения	Клинические проявления					
	Открытые комедоны	Закрытые комедоны	Папулы	Пустулы	Кисты	Узлы
АРВ, n=23	15,2 ±1,16	22,4±2,17	12,1±1,1	7,2±2,13	3,02±1,82	1,2±0,57
ПРВ, n=20	12,3±2,1	25,2±1,08	9,4±1,62	4,1±1,25	5,19±1,51	2,76±1,16
ПМП, n=17	3,4±1,12	26,2±1,34	3,0±2,29	2,2±2,13	7,4±2,41	4,2±1,09

Таблица 2

Уровень репродуктивных гормонов у больных с поздними акне

Группы сравнения	Уровень гормонов					
	ФСГ, МЕ/л	ЛГ, МЕ/л	Эстрадиол, пг/мл	Прогестерон (7й день) нмоль/л	Прогестерон (21й день) нмоль/л	Тестостерон, нмоль/л
Основная, n=60	13,46±3,58	14,56±3,27	37,47±4,98	5,86±0,45*	21,61±3,43	4,33±0,42*
АРВ, n=23	4,74±0,85	4,14±0,77	63,79±7,46	7,41±0,73*	37,66±5,51	5,04±0,76*
ПРП, n=20	4,14±0,73	6,83±1,55	31,36±4,67	7,12±0,51*	27,40±4,56	5,83±0,64*
ПМП, n=17	34,47±8,59	35,67±8,69	12,06±2,54	2,57±0,19*	3,42±0,27	1,81±0,36*
Контрольная, n=20	15,57±4,48	15,73±4,53	46,99±6,41	1,28±0,12	26,49±3,75	1,26±0,11
АРВ, n=8	5,05±0,39	5,12±0,77	65,72±8,56	1,48±0,26	33,18±5,91	1,35±0,16
ПРВ, n=7	5,42±0,82	5,02±0,77	47,90±9,13	1,27±0,11	32,14±4,70	1,55±0,13
ПМП, n=5	46,68±9,52	47,7±9,27	15,62±4,62	0,98±0,44	7,87±4,65	0,70±0,21

Примечание: * - отличия достоверны по сравнению с контрольной группой, $p < 0,05$.

Таблица 3

Уровень кортизола, ДГЭА-с и пролактина у больных с поздними акне

Группы сравнения	Уровень гормонов			
	Кортизол (8 часов), нмоль/л	Кортизол (12 часов), нмоль/л	ДГЭА-сульфат, мкг/100мл	Пролактин
Основная, n=60	567,79±31,08*	413,00±29,12*	393,20±33,58*	435,46±24,58*
АРВ, n=23	666,36±48,59*	478,36±49,27*	483,72±53,02*	522,27±43,50*
ПРВ, n=20	578,70±54,82*	437,60±53,24*	392,40±69,63*	457,70±38,93*
ПМП, n=17	435,21±28,48*	305,77±24,82*	283,44±16,25*	304,66±21,36*
Контрольная, n=20	391,55±22,60	108,95±2,42	117,45±7,33	260,55±14,85
АРВ, n=8	371,62±31,82	106,62±3,83	127,00±11,37	250,00±27,04
ПРВ, n=7	348,42±25,88	110,57±5,12	124,01±14,16	250,14±22,01
ПМП, n=5	438,80±38,50	110,14±6,86	93,70±11,78	292,00±24,89

Примечание: * - отличия достоверны по сравнению с контрольной группой, $p < 0,05$.

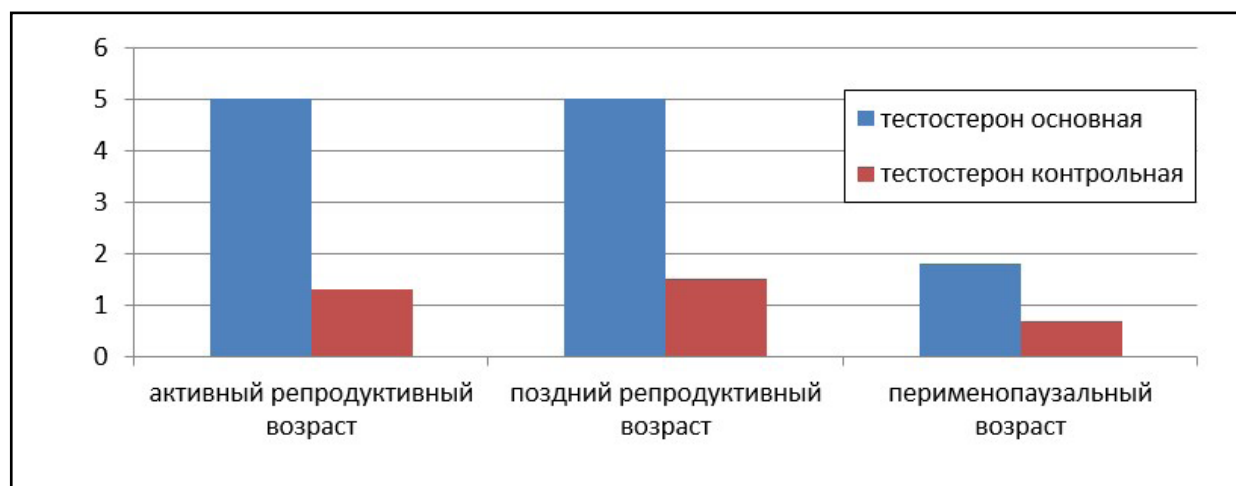


Рисунок 1. Уровень тестостерона, нмоль/л, в группах сравнения

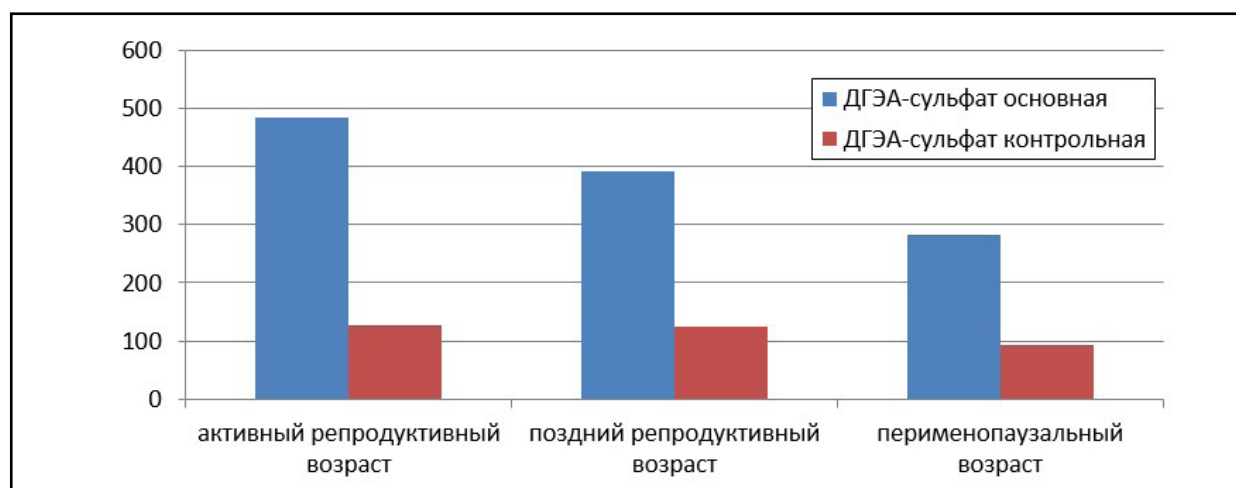


Рисунок 2. Уровень ДГЭА-сульфата, мкг/100мл, в группах сравнения

7й день цикла было достоверно выше, чем в контрольной группе в 4,57 раза ($p < 0,05$), и положительно коррелировало с дневным уровнем К ($r = 0,67$). Уровень Т был достоверно (в 3,43 раза, $p < 0,05$) повышен и положительно коррелировал с дневным уровнем К ($r = 0,53$). Содержание К в 8 часов утра у больных ПА было достоверно (в 1,45 раза), а в 12 часов дня – в 3,82 раза выше показателя контрольной группы ($p < 0,01$). Уровень ДГЭАс был достоверно повышен (в 3,35 раза, $p < 0,01$) и положительно коррелировал с дневным уровнем К ($r = 0,46$). Выявлено достоверное повышение уровня Пр (в 1,67 раза, $p < 0,05$). Выявленные изменения подтверждают взаимосвязь ПА как с репродуктивными,

так и с надпочечниковыми гормонами, отражая особенности гиперандрогении в патогенезе дерматоза.

Изучение гормонального фона в выделенных группах выявило выраженную гиперандрогению у больных с ПА АРВ и ПРВ, в то время как у больных ПМП отмечалось достоверное снижение уровня Т и ДГЭА-сульфата, $p < 0,05$ (рис. 1, 2).

Исследование уровня К у больных с ПА позволило выявить умеренный гиперкортицизм у больных АРВ и ПРВ. В ПМП утренние показатели К не отличались достоверно от показателей контрольной группы $p < 0,05$ (рис.3).

Содержание К днем было достоверно повышено во всех возрастных группах (p

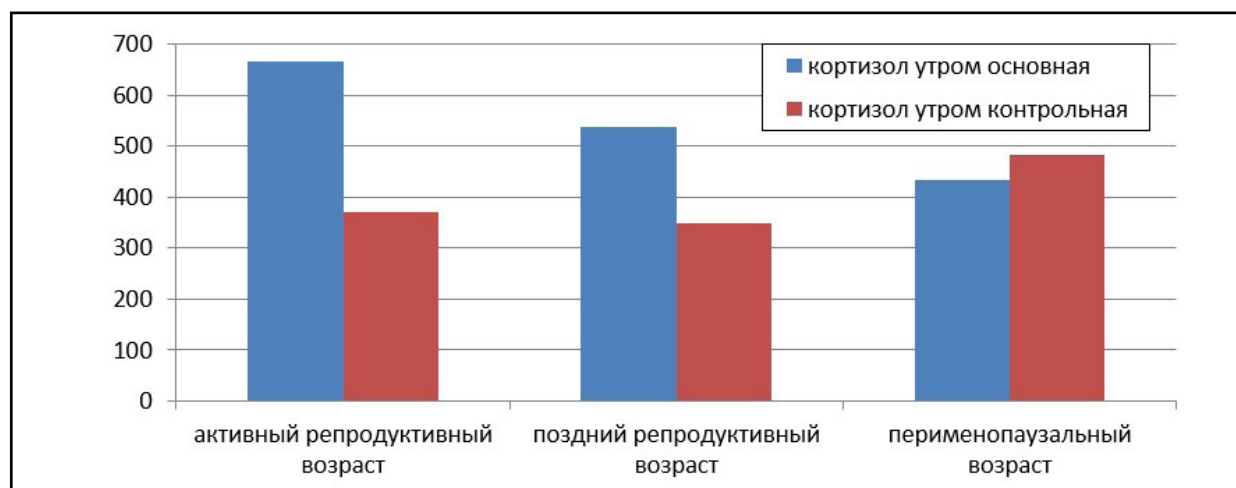


Рисунок 3. Уровень кортизола утром, нмоль/л, в возрастных группах

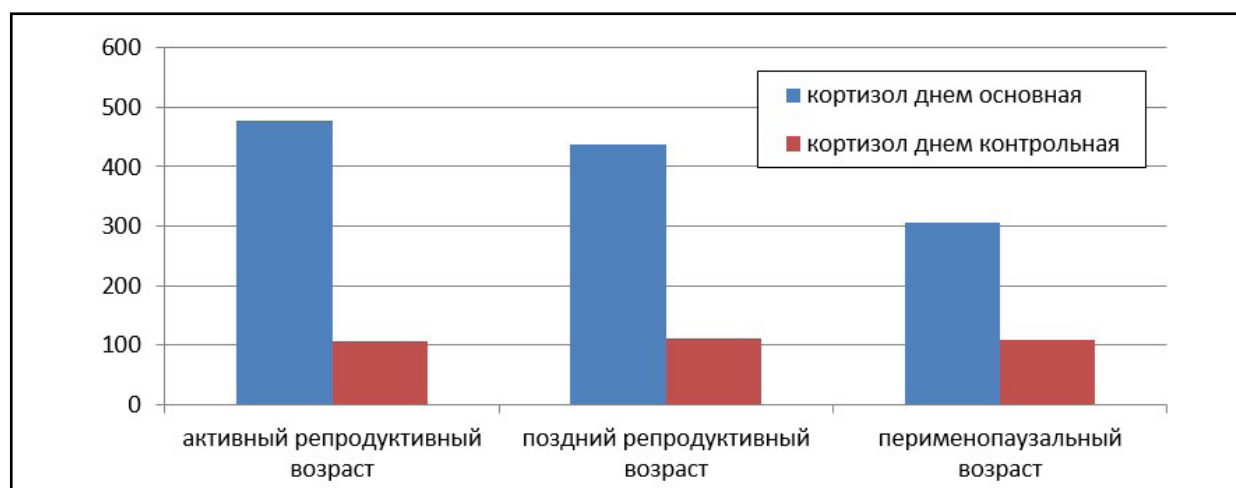


Рисунок 4. Уровень кортизола днем, нмоль/л, в выделенных возрастных группах

$<0,05$), что свидетельствовало о нарушении суточной экскреции К у больных с ПА и объясняло генез гиперкортицизма в этих возрастных группах (рис. 4).

Таким образом, проведенные исследования выявили взаимосвязь клинических проявлений ПА у больных различного репродуктивного возраста женщин с гиперандрогенией, генез которой носил сочетанный (яичниковый и надпочечниковый) характер и зависел от репродуктивного возраста женщин.

Полученные данные обосновывают необходимость взаимодействия гинекологов и дерматологов при ведении таких больных и могут стать основой для оптимизации лечебно-реабилитационных

мероприятий и дифференцированного подхода к дерматологическому лечению и эстетической коррекции при ПА.

Выводы

1. Выявлена взаимосвязь клинических особенностей и степени выраженности ПА с различными периодами репродуктивного возраста женщин.

2. Установлены особенности генеза гиперандрогении при ПА у женщин различного репродуктивного возраста.

3. Полученные результаты могут быть использованы для оптимизации лечебно-реабилитационной тактики при ПА у женщин в различные периоды репродуктивного возраста.

Список литературы

1. Дворянкова, Е.В. Психосоциальные аспекты угревой болезни у женщин с синдромом гиперандрогеногенеза [Текст] / Е.В. Дворянкова, Н.Н. Потеев, М.В. Горячкина // Клиническая дерматология и венерология. – 2007. – № 3. – С. 47 – 50.
2. Калюжна, Л.Д. Хвороби сальних залоз у жінок в перименопаузальний період [Текст] / Л.Д. Калюжна, О.М. Копаниця // Дерматологія та венерологія. – 2002. – № 1. – С. 22 – 24.
3. Кочергин, Н. Дерматологический индекс акне [Текст] / Н. Кочергин, М. Самгин, С. Монахов // Эстетическая медицина. – 2004. – Т. III, №1. – С. 62 – 65.
4. Монахов, С.А. Психоэмоциональные расстройства у пациентов, страдающих акне [Текст] / С. А. Монахов, О. А. Иванов, М.А. Самгин // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 4. – С. 45-52.
5. Проценко, Т.В. Особенности клиники и гормонального статуса у женщин с акне [Текст] / Т.В. Проценко, И.В. Кондратенко, Ю.П. Богослав // Медико-соціальні проблеми сім'ї. – 2002. – Т. 7, № 2. – С. 38 – 41.

Protsenko T.V., Bogoslav Yu.P., Lukyanchenko E.N.

INTERRELATION OF THE PECULIARITIES OF CLINICAL MANIFESTATIONS OF LATE ACNE AND HORMONAL BACKGROUND IN WOMEN OF VARIOUS REPRODUCTIVE AGE

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The aim of the study was to establish the relationship between the clinical features of late acne and hormonal disorders in women in different periods of reproductive age.

Materials and methods. We examined 60 women with acne and 20 healthy women aged 20 to 55 years. The degree of expression of acne was determined using the dermatological index of acne (DIA). The levels of reproductive and adrenal hormones (follicle-stimulating, luteinizing hormones, estradiol, progesterone, testosterone, cortisol, DHEA sulfate, prolactin).

Results. The interrelation of clinical features and the degree of severity of PA with different periods of reproductive age of women was revealed. Specific features of the genesis of hyperandrogenism in patients with PA in women of different reproductive age have been established.

Keywords: *late acne, female, reproductive age.*

Проценко Т.В., Христуленко А.А., Христуленко А.Л.

ПСОРИАЗ В ПРАКТИКЕ ВРАЧЕЙ ДЕРМАТОЛОГОВ И СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛИСТОВ (ПО РЕЗУЛЬТАТУ АНКЕТИРОВАНИЯ СПЕЦИАЛИСТОВ)

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Цель: оценить частоту встречаемости различных форм псориаза у больных, обращавшихся к врачам дерматологам и смежным специалистам, особенности лечебной тактики.

Материалы и методы: проведено анкетирование у 114 врачей различных специальностей (дерматовенерологов, терапевтов, ревматологов, семейных врачей, кардиохирургов, педиатров, офтальмологов) со стажем работы от 1 года до 48 лет. Разработанная анкета включала 7 вопросов, отражающих количество обратившихся больных с псориазом в течение месяца, формы псориаза, стартовую терапию легких и тяжелых форм, средства ухода за кожей, удовлетворенность результатами лечения, причины неэффективности терапии.

Результаты: 52,6% врачей ежемесячно оказывали помощь 1-2 пациентам с псориазом, 19,3% врачей – до 5 пациентам, 23,7% – от 5 до 10 пациентам. 73,7% врачей оказывали помощь единичным пациентам с тяжелыми формами псориаза. У 21% врачей тяжелую форму дерматоза имел каждый второй обратившийся. 30,7% врачей при легких формах псориаза назначали фототерапию, 24,6% врачей – рассасывающие средства, 36,8% врачей стартовой терапией назначали топические кортикостероиды. 42,9% врачей при тяжелых формах псориаза используют системные кортикостероидные гормоны, 51,8% врачей – метотрексат. Средства по уходу за кожей назначали 75,4% врачей. Удовлетворены результатом лечения больных 50,9% врачей. Причинами неэффективности терапии считали не выполнение рекомендаций – 36,8% врачей, отсутствие возможности приобретения препаратов пациентами 38,6%.

Выводы: Полученные результаты отражают недостаточный уровень информированности врачей различных специальностей об особенностях лечебно-реабилитационной тактики при различных формах псориаза. Путем решения этой проблемы может быть проведение междисциплинарных информационно-образовательных мероприятий с освещением этих вопросов.

Актуальность

Псориаз – это генетически обусловленное хроническое воспалительное мультисистемное заболевание с многолетним рецидивирующим течением с преимущественным поражением кожи и суставов встречающееся у 2-4% популяции [2].

Доминирующее значение в развитии дерматоза имеют ускоренная пролифера-

ция кератиноцитов и нарушение их дифференцировки, иммунные реакции в дерме и синовиальных оболочках, что клинически проявляется не только кожными проявлениями, но и патологическими изменениями опорно-двигательного аппарата, а так же изменениями в других органах и системах – пищеварительной, нервной, сердечно-сосудистой, эндокринной, репро-

дуктивной [1, 3-7]. Именно это обуславливает обращение больных к специалистам различного профиля.

В связи с этим **целью исследования** было оценить частоту обращаемости больных псориазом.

Материалы и методы

Проведено анкетирование 114 врачей различных специальностей (врачей-дерматовенерологов, врачей-терапевтов, врачей - ревматологов, семейных врачей, врачей-кардиохирургов, врачей - педиатров, врачей-офтальмологов) со стажем работы от 1 года до 48 лет. Разработанная анкета включала 7 вопросов, в том числе: 1) количество больных с псориазом, обратившихся в течение месяца; 2) сколько из них имели тяжелые формы псориаза; 3) стартовая терапия легких форм псориаза; 4) стартовая терапия тяжелых форм псориаза; 5) применение средств ухода за кожей при псориазе; 6) удовлетворенность результатами лечения псориаза у своих больных; 7) причины неудовлетворительного результата лечения.

Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 7 for Windows, Microsoft Excel XP.

Результаты и их обсуждение

Среди 114 врачей было 43 (37,1%) врача дерматовенеролога, 17 (14,9%) врачей-терапевтов, 31 (27,2%) семейный врач, 11 (9,6%) врачей-ревматологов и 12 (10,5%) врачей других специальностей (педиатры, кардиохирурги, офтальмологи). Преобладание врачей дерматовенерологов объясняется тем, что анкетирование проводилось на междисциплинарных конференциях дерматовенерологического профиля. Обращало внимание высокий удельный вес врачей-терапевтов (14,9%), семейных врачей (27,2%), а так же врачей-ревматологов (9,6%)

Большая часть врачей - 60 (52,6%) ежемесячно оказывала помощь 1-2 пациентам с псориазом, к 22 (19,3%) врачам в течение

месяца обращались до 5 больных, к 27 (23,7%) врачам - от 5 до 10 пациентам с псориазом, 4 (3,5%) врача в течение месяца не имели ни одного пациента с псориазом и 1 (0,87%) врач-дерматовенеролог ежемесячно оказывал помощь более чем 10 пациентам с псориазом.

Тяжелые формы псориаза диагностировали лишь у единичных пациентов в течение месяца 84 (73,7%) врача. 2 (1,8%) врача дерматовенеролога ежемесячно диагностировали только тяжелые формы псориаза у обратившихся пациентов. У 24 (21%) врачей тяжелую форму дерматоза имел каждый второй обратившийся.

При анализе стартовой терапии легких форм псориаза обращало внимание, что большинство врачей - 42 (36,8%) врача выбирали топические кортикостероиды. Лишь 35 (30,7%) врачей при легких формах псориаза назначали фототерапию, 28 (24,6%) врачей - рассасывающие средства. Только 4 (3,5%) врача (3 дерматовенеролога и 1 ревматолог) указали на использование комбинации методик в зависимости от тяжести течения дерматоза. И лишь 1 (0,87%) семейный врач, как стартовую терапию, использовал крем с мочивиной.

В целом, средства по уходу за кожей при псориазе назначали лишь 86 (75,4%) врачей, в основном эмолиенты с мочевиной и другие смягчающие вещества.

Особый интерес представлял выбор стартовой терапии тяжелых форм псориаза. Так, 49 (42,9%) врачей назначали системные кортикостероидные гормоны, 59 (51,8%) врачей назначали метотрексат (см. табл.).

При анализе рекомендации методик стартовой терапии тяжелых форм псориаза, назначаемых врачами различных специальностей отмечено, что системные кортикостероидные гормоны назначали 87,1% семейных врачей, 35,3% врачей терапевтов, 91,7% врачей педиатров, офтальмологов и других опрошенных специалистов, лишь 4,7% врачей - дерматовенерологов и каждый третий (27,3%) анкетированных врачей-ревматологов (см. табл.).

Таблица

Рекомендации по лечению тяжелых форм псориаза врачам различных специальностей

Методика лечения	Всего врачей, n=114, абс / %	Специальности врачей, абс%				
		Дерматолого-венерологи, n=43, абс / %	Терапевты, n=17, абс / %	Ревматологи, n=31, абс / %	Семейные врачи, n=11, абс / %	Врачи других специальностей, n=12, абс / %
Системные кортикостероиды	49/42,9	2/4,7	6/35,3	3/27,3	27/87,1	11/91,7
Метотрексат	59/51,8	39/90,7	10/58,8	8/72,7	2/6,5	-
ПУВА терапия	1/0,87	-	-	-	1/3,2	-
Биологическая терапия	4/3,5	2/4,7	1/5,9	-	1/3,2	-

Учитывая патогенез псориаза такое необоснованно большой процент назначение системных глюкокортикостероидных гормонов неоправдан и отражает недостаточную осведомленность специалистов не дерматологов о системной болезни-модифицирующей терапии псориаза и недооценку риска ее побочных эффектов и осложнений.

Удовлетворены результатом лечения своих больных были 58 (50,9%) врачей, 54 (47,4%) врача не удовлетворены результатом терапии.

Причинами не удовлетворительно-го эффекта большинство врачей считают не выполнение рекомендаций врача – 42 (36,8%) врачей, отсутствие возможности приобретения препаратов пациентами - 44 (38,6%) врача, 10 (8,8%) врачей отмечали отсутствие возможности диспансерного наблюдения, 18 (15,8%) врачей отметили

многофакторность неудовлетворенности результатами терапии.

Таким образом, результаты анкетирования отражают необходимость повышения уровня информированности врачей различных специальностей о псориазе, как о патологии, достаточно часто встречаемой на поликлиническом приеме.

Выводы

Полученные результаты отражают недостаточный уровень информированности врачей различных специальностей об особенностях лечебно-диагностической и реабилитационной тактики при различных формах псориаза. Путем решения этой проблемы может быть проведение междисциплинарных информационно-образовательных мероприятий с освещением вопросов междисциплинарного взаимодействия.

Список литературы

1. Бакулев, А.Л. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных псориазом [Текст]: Методическое пособие / А.Л. Бакулев [и др.]. - М., 2013 - 37 с
2. Бутов, Ю.С. Дерматовенерология / [Текст]: Национальное руководство Краткое издание / Ю.С. Бутов, Ю.К. Скрипкин, О.Л. Иванов - М.: ГЭОТАР – Медиа, 2013. - 496 с.
3. Шарпова, Е.Н. Применение малых доз метотрексата и узкополосной средневолновой терапии в лечении больных вульгарным псориазом [Текст] / Е.Н. Шарпова Л.С. Круглова, О.В. Жукова // Актуальные во-

- просы дерматовенерологии и дерматоонкологии. – 2013. – №2. – С. 123 – 126.
4. Gupta, R. Genetic Epidemiology of Psoriasis / R. Gupta, M Debbaneh, W. W. Liao. // *Curr Dermatol Rep.* – 2014. – № 3 (1). – P. 61 – 78.
 5. Lindsay, K. Liver fibrosis in patients with psoriasis and psoriatic arthritis on long – term, high cumulative dose methotrexate therapy [Text] / K. Lindsay [et al] // *Rheumatol (Oxford).* – 2009. – Vol. 45, № 5. – P. 569 – 572.
 6. Roh, N.K. Tissue and Serum Inflammatory Cytokine Levels in Korean Psoriasis Patients: A Comparison between Plaque and Guttate Psoriasis [Text] / N.K Roh [et al] // *Ann Dermatol.* 2015. – № 27 (6). – P. 738 – 743.
 7. Parisi, R. Identification and Management of Psoriasis and Associated Comorbidity (IMPACT) project team. 78 Global epidemiology of psoriasis: a systematic review of incidence and prevalence [Text] / R. Parsis [et al.] // *J. Invest. Dermatol.* – 2013 – №133, 2 – P. 377–385.

Protsenko T.V., Khristulenko A.A., Khristulenko A.L.

PSORIASIS IN PRACTICE OF DOCTOR AND DIAGNOSTICS (BY THE RESULTS OF PROFESSIONAL ADMISSIONS)

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The aim to assess the frequency of different forms of psoriasis patients obrativshis to doctors dermatologists and related professionals, features of medical tactics.

Materials and methods. A survey at 114 doctors of different specialties (dermatologists, internists, rheumatologists, family doctors, surgeons, pediatricians, ophthalmologists) with work experience from 1 year to 48 years. The developed questionnaire includes 7 questions reflecting the number of patients with psoriasis in the course of a month psoriasis. treatment for mild and severe forms, means of skin care, satisfaction with the treatment results, the reasons for the ineffectiveness of therapy.

Results. 52.6% of doctors monthly assisted 1-2 patients with psoriasis, 19.3% of doctors - up to 5 patients of 23.7% from 5 to 10 patients. 73,7% of physicians assisted unit patients with severe forms of psoriasis. 21% of doctors severe form of dermatosis was applied every second. 30.7% of physicians in milder forms of psoriasis prescribed phototherapy, 24.6% of physicians - absorbing means, 36.8 per cent of doctors starting therapy were prescribed topical corticosteroids. 42.9% of doctors in severe forms of psoriasis use systemic corticosteroid hormones, 51.8% of doctors methotrexate. Care products: leather appointed 75.4% of the doctors. Satisfied with the result of treatment of patients with 50.9 per cent of doctors. Reasons not the efficacy of therapy are not considered the implementation of the recommendations -36,8% of doctors, the inability to purchase medications by patients is 38.6%.

Conclusions. The Obtained results reflect insufficient awareness of physicians of various specialties about the features of the treatment and rehabilitation of tactics at different formah psoriasis. By solving this problem can be interdisciplinary informational and educational events highlighting these issues.

Проценко Т.В., Милус И.Е., Проценко О.А.

РАЦИОНАЛЬНАЯ ТОПИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ХРОНИЧЕСКИХ ДЕРМАТОЗОВ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Показаны особенности и принципы наружной терапии хронических дерматозов. Обсуждаются практические аспекты использования топических кортикостероидов и пути повышения их эффективности при снижении риска осложнений; значение эмолиентов и особенности их применения, активная и проактивная топическая терапия хронических дерматозов.

Ключевые слова: хронические дерматозы, лечение, топические кортикостероиды, топические ингибиторы кальциневрина.

Актуальность проблемы наружной терапии хронических рецидивирующих дерматозов связана с тем, что до настоящего времени нет достаточно эффективных методов, приводящих к полному их излечению, несмотря на многочисленные и многолетние исследования во всем мире [3, 13]. Это особенно относится к дерматозам, в основе развития которых лежит иммунозависимое воспаление в дерме, развивающееся на фоне генетической предрасположенности и реализующееся под влиянием многочисленных и разнообразных экзо- и эндогенных факторов (псориаз, атопический дерматит и др.) [1, 5, 7].

Наружная терапия заболеваний кожи является основополагающей во всем комплексе лечебных мероприятий, поскольку обеспечивает уникальную возможность воздействия непосредственно на очаг поражения. При адекватном выборе формы лекарственного препарата (мазь, крем, крем-гель или др.) и активного ингредиента (топический кортикостероид – ТКС; топический ингибитор кальциневрина – ТИК; топический ретиноид; эмолиент или др.), имеющего в основе доказательную базу, можно не только купировать, но и обеспечить длительный контроль за течением дермато-

за, восстановить и поддерживать целостность эпидермального барьера [2, 8-12].

Общеизвестно, что эффективность наружной терапии зависит также от соблюдения 3-х основных принципов: достаточной продолжительности применения (курс), дозировки, правильности выполнения аппликаций [3, 5]. Аппликации топических препаратов следует выполнять только на нормально увлажненную или предварительно увлажненную кожу (при исходной ее сухости, что характерно для атопической кожи). Увлажняющие/смягчающие средства наносят за 15 минут до предполагаемого нанесения противовоспалительного препарата (ТКС, ТИК). При необходимости нанесение увлажняющих/смягчающих средств может быть повторено через 15 минут после нанесения топического противовоспалительного препарата.

При остром экссудативном процессе, сопровождающимся мокнутием, эрозиями на поверхности кожи, на первом этапе лечения могут быть использованы влажно-высыхающие повязки или влажные обертывания, обеспечивающие противовоспалительное, эпителизирующее и противозудное действие [1, 4, 5]. Продолжительность применения влажно-высыхающих повязок или влажных обертываний – до прекращения мокнутия,

обычно 2 – 3 дня – до 10-14 дней, при более длительном использовании возможно пересушивание кожи.

Топические кортикостероиды (ТКС) до настоящего времени рассматривают как первую линию топической противовоспалительной терапии, особенно при иммунозависимом воспалении кожи (атопический дерматит). Аппликации проводят только на пораженные участки кожи в соответствии с текущей оценкой морфологии сыпи (эритема, везикулы, папулы, инфильтрация, лихенификация или др.). В настоящее время существует большое разнообразие активных ингредиентов ТКС в виде различных лекарственных форм (мазь, липокрем, крем, лосьон, эмульсия). Критерием выбора ТКС является оценка риска осложнений и эффективность воздействия. Риск осложнений ТКС во многом обусловлен их возможным резорбтивным действием, связанным с химической структурой препарата [1, 3, 5, 13].

С целью снижения риска осложнений и побочных действий ТКС были предложены различные технологии их применения (танDEM-терапия, ступенчатый метод, штрих-метод) и сформулированы принципы оптимальной терапии (обоснованность назначения, максимально допустимая площадь нанесения – до 20%, рациональный выбор лекарственной формы ТКС в соответствии с текущим состоянием сыпи, использование комбинированных препаратов при инфицировании очагов, сочетание с эмолиентами). Важно нанесение достаточного, но не избыточного количества топического средства, определяемого по правилу «дозы кончика пальца» – ДКП, при которой 1 ДКП соответствует столбику мази/крема, диаметром 5 мм и длиной в дистальную фалангу указательного пальца пациента, что составляет примерно 0,5 г. Этой дозы хватает для нанесения на кожу двух ладоней взрослого человека (примерно 2% площади поверхности тела) [1, 8 - 11].

Эмолиенты и определенные виды увлажняющих/смягчающих средств являются важным компонентом наружной терапии хронических дерматозов, особенно при наличии генетически детерминированной сухости кожи (атопический дерматит, ихтиоз, псориаз и др.).

Эмолиенты возможно применять в свободном режиме в зависимости от текущей потребности кожи, времени года, в любом возрасте, без ограничений площади нанесения. Минимальное количество эмолиента в форма крема, липокрема, эмульсии – от 250 г в неделю [3].

Согласно традиционному подходу, аппликации топических противовоспалительных препаратов проводят непосредственно на пораженные участки кожи до полного видимого разрешения сыпи (активная терапия). Это традиционное представление о лечении воспалительных дерматозов было пересмотрено в последние десятилетия, когда было доказано на примере атопического дерматита сохраняющееся персистирующее воспаление в глубоких отделах дермы с высоким риском обострений при действии даже минимальных пороговых раздражителях [2, 3]. Полученные данные легли в основу разработанной концепции проактивной терапии с использованием топических ингибиторов кальциневрина (ТИК) – такролимуса и пимекролимуса. Уникальный механизм действия ТИК заключается в их способности блокировать рецепторы к цитокинам и IgE на поверхности клеток Лангерганса, являющихся «форпостом» иммунной системы в коже, тем самым снижая их активность и способность презентовать антиген Т-лимфоцитам дермы [2, 4, 16]. Не менее важным моментом практического использования ТИК является крупный размер молекулы активного ингредиента, большего, чем поры базальной мембраны дермы, что существенно снижает риск резорбции и делает возможность их применения в области тонкой кожи, на большую площадь [16]. Проактивная терапия заключается в аппликации ТИК 2 раза в неделю длительно (до 6-12 месяцев), что позволяет снизить риск рецидивов, даже при повторном воздействии антигена [2 - 5].

Таким образом, современные возможности наружных фармакологических препаратов и средств ухода позволяют не только эффективно лечить, но и контролировать течение хронических дерматозов, при соблюдении основных принципов отечественной медицины – «лечи больного, а не болезнь», «лечи умом, а не лекарствами».

Список литературы

1. Атопический дерматит [Текст]: Руководство для врачей/ Под ред. проф. Т.В.Проценко. – Донецк: Східний видавничий дім, 2003. – 126 с.
2. Болотная, Л.А. Возможности такролимуса в лечении больных хроническими дерматозами [Текст] / Л.А. Болотная //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 2 (45). – С.27 – 31.
3. Калюжная, Л.Д. Европейские рекомендации по лечению атопического дерматита 2011 года: анализ современных технологий топической терапии[Текст] / Л.Д. Калюжная, А.Г. Слабкий, А.В Горбенко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 2 (45). – С.52 – 60.
4. Клинические рекомендации. Дерматовенерология [Текст]: / Под ред. А.А. Кубановой. – М.: ДЭКС-Пресс, 2007. – С. 143 – 153.
5. Мавров, И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [Текст]: Руководство для врачей / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина// - Харьков: Факт, 2007. – С. 273 – 278.
6. Мурзина, Э.А. Стратегия и тактика дерматовенеролога при выборе средств наружной терапии [Текст] / Э.А. Мурзина // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 1 (44). – С.36 – 44.
7. Практическая дерматология [Текст]: Монография /Под ред. проф. Л. А. Болотной. – ХМАПО, 2015. – 272 с.
8. Проценко, Т.В. Дифференцированный подход к наружной терапии и уходу за кожей больных атопическим дерматитом [Текст] / Т.В. Проценко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2007. – № 4. – С.1 – 4.
9. Проценко, Т.В. Дифференцированный подход к выбору средств наружной кортикостероидной терапии [Текст] / Т.В. Проценко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. – № 2. – С.1 – 4.
10. Эффективность крема «Дермалекс» у детей с атопическим дерматитом [Текст] / Т.В. Проценко [и др.] // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 1 (44). – С.65 – 69.
11. Проценко, Т.В. Стартовая наружная терапия осложненных форм дерматозов [Текст] / Т.В Проценко, О.А Проценко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2014. – № 4 (55). – С.75 – 78.
12. Возможности контроля состояния кожи у пациентов с хроническими дерматозами на фоне фототерапии [Текст] / Т.В. Проценко [и др.] //Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. Спецвипуск. – 2014. – № 1. – С.34 – 35.
13. Oxford Handbook of Medical Dermatology [Text] / Ed. by S. Burge, R. Matin, D. Wallis. – 2nd. – Oxford University Press, 2016. – 692 p.

Protsenko T.V., Milus I.E., Protsenko O.A.

RATIONAL TOPICAL THERAPY OF CHRONIC DERMATOZOS

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

Features and principles of external therapy of chronic dermatoses are shown. Practical aspects of the use of topical corticosteroids and ways to increase their effectiveness are discussed with a reduction in the risk of complications; the importance of emotion and the features of their use, active and proactive topical therapy of chronic dermatoses.

Key words: *chronic dermatoses, treatment, topical corticosteroids, topical inhibitors of calcineurin.*

Коханевич А.И.

СЛУЧАЙ РАСПРОСТРАНЕННОГО ЭКССУДАТИВНОГО ПСОРИАЗА У ВИЧ-ПОЗИТИВНОГО ПАЦИЕНТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького

Резюме

Представлено описание клинического наблюдения случая распространенного экссудативного псориаза, осложненного псориатическим полиартритом у ВИЧ-позитивного мужчины 46 лет, выделены клинико-эпидемиологические особенности случая и представлен обзор литературных данных по этой проблеме в клинической практике.

Ключевые слова: псориаз, псориатический полиартрит, ВИЧ-инфекция.

Актуальность

Появившаяся в начале 1980-х годов ВИЧ-инфекция за небольшой период времени распространилась по всем странам и континентам и является самой разрушительной пандемией в истории человечества. По информации Всемирной организации здравоохранения и данным объединенной Программы ООН по ВИЧ/СПИДу в период с 2000 по 2014 годы число смертей вследствие СПИДа в регионе увеличилось более, чем в три раза, а число новых случаев инфицирования выросло на 30% [3].

Практически каждый ВИЧ-позитивный страдает тем или иным заболеванием кожи, что объясняется серьезным нарушением иммунного ответа. Упорный, тяжелый и рецидивирующий характер кожных заболеваний может быть показанием к обследованию на ВИЧ-инфекцию [2].

Псориаз у ВИЧ-позитивных встречается с частотой до 6%, что в несколько раз превышает частоту встречаемости данного дерматоза в популяции [2, 10]. На фоне нелеченной ВИЧ-инфекции псориаз протекает тяжело, с развитием генерализованных, пустулезных и эритродермических форм, быстрым развитием псориатического артрита, протекающим с выраженными энтезопатиями, дактилитами и лимфоаденопатией.

Возможно формирование злокачественной формы артрита со значительным болевым синдромом, изнуряющей лихорадкой, потерей веса, атрофией мышц, выпадением волос, общим тяжелым состоянием больного. На поздних стадиях заболевания возможно появление признаков сердечной и почечной недостаточности, поражений глаз в виде иритов, иридоциклитов, энцефало- и полинейропатии [9, 10].

Предполагается, что ВИЧ-инфекция не выступает в качестве триггерного фактора при псориазе. На фоне ВИЧ-инфекции снижается количество CD4+ лимфоцитов, и, одновременно, происходит повышение количества CD8+ клеток, что обуславливает преобладание аутоиммунных заболеваний, связанных с Т-клетками – супрессорами. По мере нарастания иммунодефицита течение псориаза становится все более тяжелым и упорным, однако стихает в терминальной фазе. При применении высокоактивной антиретровирусной терапии (ВА-АРТ) течение псориаза улучшается [5, 6].

Лечение псориаза на фоне ВИЧ-инфекции представляет сложную задачу, требующую тщательной оценки потенциаль-

ного риска и преимуществ того или иного вида терапии и строгого наблюдения в связи с повышенным риском развития побочных эффектов. При легких формах псориаза на фоне ВИЧ-инфекции препаратами выбора являются топические стероиды и топический кальципотриол. Принципиальный выбор метода и объема терапевтических мероприятий при псориазе зависит прежде всего от тяжести процесса. Золотым стандартом лечения распространенных форм псориаза является фототерапия UVB [4, 12]. К препаратам выбора при среднетяжелом и тяжелом течении псориаза относится метотрексат [4]. При лечении псориаза чаще обращаются к комбинированным методам, которые повышают эффективность воздействия UV-излучения, при этом минимизируют продолжительность лечения и снижают риски возникновения побочных эффектов [5, 8]. Считают, что основным механизмом действия UVB является иммуномодулирующий эффект с преобладанием иммуносупрессии, индукцией апоптоза и влиянием на коллагеновый обмен [7, 13]. Метотрексат является препаратом выбора в лечении торпидных форм псориаза и псориатического артрита. На фоне его применения наблюдается выраженное улучшение и, в некоторых случаях, разрешение патологического процесса. Помимо этого, не отмечается прогрессирование иммунодефицита [11].

Многообразие дерматологических клинических проявлений ВИЧ-инфекции и вероятность обращения ВИЧ-позитивных лиц к специалистам разного профиля объясняют актуальность проблемы в клинической практике [1].

Целью работы было представить описание клинического случая, распространенного экссудативного бляшечного псориаза у 46-летнего ВИЧ-позитивного пациента.

Клинический случай

Больной С., 46 лет обратился в связи с длительно существующими высыпаниями на коже волосистой части головы, тулови-

ща, верхних и нижних конечностей, болезненностью мелких суставов кистей и стоп, резкое похудение (за 1,5 месяца на 12 кг), слабость.

Анамнез заболевания

Первые единичные высыпания появились весной 2010 года в области разгибательной поверхности нижних конечностей, туловища, после серьезного психоэмоционального стресса во время пребывания в местах лишения свободы. По поводу высыпаний в этот же период обратился к дерматологу, где впервые был установлен диагноз псориаза, назначено наружное лечение. Высыпания разрешились полностью.

Через 6 месяцев на фоне перенесенного стресса состояние ухудшилось, вновь появились высыпания в прежних местах, а также распространились на кожу волосистой части головы, верхних конечностей. Одновременно, отметил резкое похудение (на 12 кг за 1,5 мес.), выраженную слабость. Обратился к дерматологу по месту жительства (Николаевская область, г. Первомайск), где впервые, после предварительного медицинского консультирования проведено тестирование на ВИЧ, получен позитивный результат. При последующем дообследовании ВИЧ-позитивный статус был подтвержден в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом г. Николаева, установлен диагноз: ВИЧ инфекция, 4 клиническая стадия. Выявлена тяжелая иммуносупрессия (CD4 лимфоциты – 50 клеток в 1 куб мл). Назначена антиретровирусная терапия (АРВ), общеукрепляющее лечение, гипосенсибилизирующее, витаминотерапия и наружно – топические кортикостероиды. На фоне АРВ терапии и тенденции к нормализации CD4 высыпания на коже регрессировали полностью и не беспокоили в течение 2х лет.

Весной 2012 года, после стресса, вновь отметил очередное обострение кожного процесса, а также впервые появилась болезненность и скованность в утреннее время мелких суставов кистей и стоп, де-

формация ногтевых пластин. С 2012 года отмечает ежегодное обострение псориаза в весенний период. В летнее время на фоне инсоляции наблюдает улучшение кожного процесса. Во время обострений до настоящего времени к врачу не обращался. Самостоятельно использовал наружные гормональные мази, после которых отмечал кратковременное улучшение.

Эпидемиологический анамнез

Имеет постоянного полового партнера на протяжении 5ти лет, в течение 10 лет являлся потребителем инъекционных наркотиков.

Переливаний крови или других инвазивных медицинских вмешательств не было.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Периферические лимфатические узлы не увеличены, без признаков воспаления, безболезненны. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого отрицательный. Периодически отмечалось повышение температуры до 37° -37,2° С.

Локальный статус: Патологический процесс носит распространенный характер и локализуется на коже волосистой части головы, туловища, конечностей, области подмышечных складок, паховых, межъягодичных. Высыпания мономорфны и представлены множественными воспалительными папулами ярко-розового цвета, местами, сливающимися в бляшки до 5 см в диаметре, с серебристо-белым шелушением в центральной части очагов и венчиком воспалительной инфильтрации по периферии. Феномен стеаринового пятна, терминальной пленки и точечного кровотечения, а также симптом Кёбнера положительный. На ногтевых пластинках пальцев кистей и стоп имеется деформация ногтевых пластин, подногтевой гиперкератоз.

Мелкие суставы кистей и стоп, а также лучезапястные деформированы за счет периартикулярного отека, пальпация бо-

лезнена, движения ограничены, болезненны, кожа над ними гиперемирована.

PASI = 41,60; BSA= 56%

Обследован: общий анализ крови: гемоглобин – 136 г/л, эритроциты – 4,5 x10¹²/л; лейкоциты – 10,8 x10⁹/л; тромбоциты 350x10⁹/л; эозинофилы – 2%, палочкоядерные нейтрофилы – 2%, сегментоядерные – 76%, лимфоциты – 17%, моноциты – 3%; СОЭ – 8 мм/час. Общий анализ мочи – без патологии. Билирубин общий – 10,0 мкмоль/л, за счет непрямого; АЛТ – 0,24 мккат/л; АСТ – 0,19 мккат/л; глюкоза – 4,1 ммоль/л; креатинин – 114 мкмоль/л.

После консультирования в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом в июне 2017 года выставлен диагноз: ВИЧ инфекция, 4 клиническая стадия (на момент поступления CD4 лимфоциты – 243 кл./мкл). Хронический вирусный гепатит С (anti HCV+, РНК HCV+), умеренно выраженной активности.

Дерматологический диагноз: Распространенный бляшечный псориаз, тяжелое течение. Псориатический полиартрит, активность 1, НФС 2.

Больной состоит на диспансерном учете по месту жительства, получает АРВ терапию. К лечению подключили UVB-терапию в режиме 4 процедуры в неделю, на курс № 20, магнитно-лазерная терапия на область крупных суставов и мелких суставов кистей и стоп №15, метотрексат (15 мг в неделю по 36-часовой методике), фолиевую кислоту (5 мг в сутки – не в дни приема метотрексата), глутаргин (20% - 5,0 + 200 мл физ. р-ра в/в кап 10 дней) через день чередуя с пентоксифиллином (5,0 + 200 мл физ. р-ра в/в кап 10 дней), мелоксикам (1,5 мл в/м е/д 5 дней), витаминотерапию, наружно – топические кортикостероиды. После 5-ого цикла приема метотрексата достигнуто выраженное улучшение кожного и суставного процесса.

Таким образом, можно выделить следующие клинические особенности данного наблюдения:

1. Первые высыпания псориаза за 2 года предшествовали выявлению ВИЧ-положительного статуса.

2. Впервые обследование на ВИЧ-инфекцию было проведено врачом дерматологом по клиническим показаниям.

3. Несмотря на получаемую АРВ-терапию и контроль течения ВИЧ-инфекции, этого оказалось недостаточно для контроля за течением псориаза.

4. Комплексная терапия псориаза, включающая узкополосную фототерапию (UVB-311 нм) и малые дозы метотрексата (15 мг в неделю) хорошо переносились пациентом и показала высокую эффективность и хорошую переносимость.

Список литературы

1. Арифов, С.С. Дерматологические знаки у больного СПИДом [Текст] / С.С. Арифов, У.Ю. Сабиров, Т.А. Набиев // *Клин.дерматол.венерол.* – 2005. – №3. – С. 14 – 15.
2. Вульф, К. Дерматология по Томасу Фицпатрику [Текст]: Атлас-справочник / Р. Джонсон, Д. Сюрмонд. – М.: - Практика, 2007 – 987 с.
3. Глобальный мониторинг эпидемии СПИДа // Руководство ЮНЭЙДС. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу. – 2017.
4. Хобейи, М. М. Псориаз. Современные методы лечения [Текст]: Руководство для врачей / М.М. Хобейи, И.А. Мошкалова, Е.В. Соколовский – СПб.: СОТИС, 1999. – С. 70 — 134.
5. De Socio, V.L. Clinical improvement of psoriasis in an aids patient effectively treated with combination antiretroviral therapy [Text] / V.L. De Socio S. Simonetti, G. Stagni // *Scand. J. Infect. Dis.* – 2006. Vol. 38, №1. – P. 74 – 75.
6. Gudjonsson, J. E. Psoriasis [Text] / J. E Gudjonsson, J. T. Elder // *Emery and Rimons Principles and Practice of Medical Genetics.* – Sixth Edition. – 2013. – Chapter 150 – P. 1 – 22.
7. Krutmann, J. Mechanism of ultraviolet (UV) B and UVA phototherapy [Text] / J Krutmann, A. Morita // *J. Invest. Dermatol. Symp. Proc.* – 1999. – №4 (1). – P. 70 – 72.
8. Krutmann, J. Phototherapy of psoriasis update with practical pearls. [Text] / J Krutmann, C.A. Elms // *J. Cutan. Med.* – 2002. – №6 (3). – P. 721.
9. Cutaneous manifestations of HIV in Kwa-Zulu Natal, South Africa [Text] / N. Moran [et al.] // *Int. J. Dermatol.* – 2006. – № 45. – P. 1006 – 1007.
10. HIV-associated psoriasis: pathogenesis, clinical features, and management [Text] / N. Moran [et al.] // *Lancet. Infect. Dis.* – 2010. – № 10. – P. 470 – 476.
11. Psoriasis in patients with HIV infection: From the Medical Board of the National Psoriasis Foundation [Text] / K. Menon [et al.] // *J.Am. Acad. Dermatol.* – 2010. – Vol. 62, № 2. – P. 291 – 299.
12. Suberythemogenic narrow-band UVB is markedly more effective than conventional UVB in treatment of psoriasis vulgaris [Text] / Walters I.B [et al.] // *J. Am. Acad. Dermatol.* – 1999. – №40 (6, Pt. 1). – P. 893 — 900.
13. Suppressing effects of ultraviolet (UVB and PUVA) radiation on superantigen production by *Staphylococcus aureus* [Text] / M.Yoshimura-Mishima [et al.] // *J. Dermatol. Sci.* – 1999. – №19 (1). – P. 31 — 36.

Kokhanevich A.I.

CASE OF A COMMON EXODUSIVE PSORIASIS IN HIV-POSITIVE PATIENT

Donetsk National Medical University. M. Gorky

Summary

The description of the clinical observation of a case of widespread exudative psoriasis complicated by psoriatic polyarthritis in a HIV-positive man of 46 years is presented, clinical and epidemiological features of the case are highlighted and an overview of the literature data on this problem in clinical practice is presented.

Key words: psoriasis, psoriatic polyarthritis, HIV infection.

Тахташов И.Р.

К ВОПРОСУ О ТРАНСПЛАЦЕНТАРНОМ СИФИЛИСЕ И МЕРАХ ПО ЕГО ПРОФИЛАКТИКЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького
Республиканский клинический дерматовенерологический диспансер*

Резюме

В статье представлены история изучения, основные аспекты этиологии, патогенеза врожденного сифилиса. Рассмотрены клинические случаи заболевания сифилисом беременных. Приведены профилактические меры, позволяющие исключить возникновение врожденного сифилиса.

Ключевые слова: *врожденный сифилис, профилактика бледная трепонема, беременность.*

Актуальность

Заболеваемость сифилисом в последнее десятилетие значительно снизилась, однако случаи диагностирования его у беременных, тактики ведения пациенток и меры по профилактике могут вызывать затруднения [2, 3, 4, 5, 9, 10, 11]. В некоторых странах отмечается рост заболеваемости врожденным сифилисом. Так, в США рост с 2012 по 2014 г.г. составил 37,1% (с 334 до 458 случаев или с 8,4 до 10,5 случаев на 100.000 населения).

Инфицирование сифилисом происходит не только половым путем и при бытовых контактах, но возможна передача трансплацентарно.

Возможность передачи сифилиса детям от родителей известна еще в конце 15 века. В 1903 г. Matzenauer выдвинул положение, согласно которому единственно возможным способом передачи сифилиса детям от больных родителей является передача инфекции больной матерью через «детское место». Свое положение Matzenauer сформулировал следующим образом: «Нет ребенка, больного врожденным сифилисом, без матери, больной сифилисом». Врожденный сифилис возникает в результате попадания бледной трепонемы к плоду через плаценту от боле-

ющей сифилисом матери [6,10].

Доказано, что инфицирование плода может произойти как в случае заболевания матери до зачатия, так и позднее, на разных стадиях развития плода. Бледная трепонема может проникать в организм плода через пупочную вену, через лимфатические щели пуповины или с кровью матери через поврежденную токсинами бледных трепонем или другими факторами плаценту, так как нормальная плацента непроницаема для бледных трепонем [1, 2, 7, 8].

Несмотря на раннее проникновение возбудителя в организм плода, патологические изменения в его органах и тканях развиваются только на V–VI месяцах беременности. Поэтому активное противосифилитическое лечение в ранние сроки беременности может обеспечить рождение здорового потомства [6, 10].

Заболеваемость сифилисом в последнее десятилетие значительно снизилась, однако случаи диагностирования его у беременных, определения тактики ведения пациенток и меры по его профилактике могут вызывать затруднения. [2,7]. В некоторых странах отмечается рост заболеваемости врожденным сифилисом. Так,

в США рост с 2012 по 2014 г.г. составил 37,1% (с 334 до 458 случаев или с 8,4 до 10,5 случаев на 100.000 населения).

Цель исследования

Представить особенности эпидемиологии, клинических проявлений и диагностики сифилиса 3-х беременных и разработать профилактические меры, позволившие предупредить возникновение врожденного сифилиса.

Материалы и методы

Изучена документация (медицинские карты стационарного больного ф.003/у и медицинские амбулаторные карты больного венерическим заболеванием ф.065/у) 3-х беременных с различными сроками приобретенного сифилиса.

Клинические наблюдения

Больная Х., 20 лет, замужем, работает реализатором промышленных товаров. Жалобы на высыпания на коже туловища, «рану» в области гениталий, увеличение паховых лимфатических узлов. Замужем. Внебрачные половые связи отрицает. При постановке на учет в женкой консультации (ЖК) во время беременности в сроке 11-12 недель беременности реакция связывания комплемента (РСК) с кардиолипидным и трепонемным антигенами отрицательные, микрореакция преципитации (МРП) с кардиолипидным антигеном отрицательная.

Объективно: на коже туловища обильная, мелкая розеолезная сыпь до 1,0 см в диаметре, не сгруппированная, не склонная к слиянию, исчезающая при диаскопии. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров фасоли, не спаянные друг с другом и подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации. На малой половой губе справа язва округлой формы до 1,0 см в диаметре, подрытыми краями и плотным инфильтратом в основании цвета «старого сала». Из отделяемого язвы обнаружена бледная трепонема.

РСК с кардиолипидным антигеном положительная 4+, титр 1:320, с трепонемным антигеном положительная 4+, МРП с кардиолипидным антигеном положительная 4+ титр 1:32. Диагноз: сифилис вторичный свежий. Беременность 1, 20-21 неделя (по заключению гинекологов). При проведении противоэпидемических мероприятий установлено, что источник заражения – муж, у которого установлен диагноз сифилис вторичный рецидивный. Пациентка получила полноценное лечение, курс профилактического лечения во время беременности в сроке 26-27 недель и родила ребенка без клинических, гистологических и серологических проявлений сифилиса. Последующее наблюдение в течение 1 года позволило подтвердить отсутствие сифилиса у ребенка.

Больная К., 36 лет, замужем, работает контролером на металлургическом заводе. Жалобы на «ранку» в области гениталий, увеличение паховых лимфатических узлов. Замужем. Внебрачные половые связи отрицает. При постановке на учет в ЖК по поводу беременности в сроке 14-15 недель, РСК с кардиолипидным и трепонемным антигенами отрицательные, МРП с кардиолипидным антигеном отрицательная. Объективно: кожа туловища свободна от высыпаний. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров фасоли, не спаянные друг с другом и подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации. На малой половой губе слева эрозия округлой формы, до 0,5-0,6 см в диаметре, ярко-красного цвета и уплотнением в основании. Из отделяемого эрозии обнаружена бледная трепонема. РСК с кардиолипидным антигеном положительная 4+, титр 1:160, с трепонемным антигеном положительная 4+, МРП с кардиолипидным антигеном положительная 4+ титр 1:16. Диагноз: сифилис первичный серопозитивный. Беременность 2, 21-22 недели (по заключению гинекологов). При проведении противоэпидемических мероприятий установлено, что источник

заражения – муж, у которого установлен диагноз сифилис вторичный рецидивный. Пациентка получила полноценное лечение, курс профилактического лечения во время беременности в сроке 23-24 недели и родила ребенка без клинических, гистологических и серологических проявлений сифилиса. Последующее наблюдение в течение 1 года позволило подтвердить отсутствие сифилиса у ребенка.

Больная М., 19 лет, замужем, студентка 2 курса ВУЗа. Жалобы на «рану» в области гениталий, увеличение паховых лимфатических узлов. Замужем. Внебрачные половые связи отрицает. При постановке на учет в ЖК по поводу беременности в сроке 8-9 недель, РСК с кардиолипновым и трепонемным антигенами отрицательные, (МРП) с кардиолипновым антигеном отрицательная. Объективно: кожа туловища свободна от высыпаний. Паховые лимфатические узлы увеличены до размеров фасоли, не спаянные друг с другом и подкожной клетчаткой, безболезненные при пальпации. На малой половой губе справа язва округлой формы до 1,0-1,5 см в диаметре, ярко-красного цвета и уплотнением в основании. В соскобе из отделяемого язвы обнаружена бледная трепонема. РСК с кардиолипновым антигеном положительная 4+, титр 1:160, с трепонемным антигеном положительная 4+, МРП с кардиолипновым антигеном положительная 4+ титр 1:16. Диагноз: сифилис первичный серопозитивный. Беременность 2, 19-20 недель (по заключению гинекологов). При проведении противоэпидемических мероприятий установлено, что источник заражения – муж. Он заметил «язвы» на половом члене и по совету знакомых пролечился самостоятельно бичиллином. Жену лечению не подвергал. На момент осмотра РСК с кардиолипновым антигеном отрицательная, с трепонемным антигеном отрицательная, МРП с кардиолипновым антигеном отрицательный, РИФ-200, -абс. положительная

3/4+, РИБТ слабоположительная (48%). Пациенту установлен диагноз сифилис скрытый ранний, отрицательный по КСР.

Пациентка получила полноценное лечение, курс профилактического лечения во время беременности и родила ребенка без клинических, гистологических и серологических проявлений сифилиса. Последующее наблюдение в течение 1 года позволило подтвердить отсутствие сифилиса у ребенка.

Таким образом, особенностью представленных случаев явились то, что при постановке на учет по поводу беременности в ЖК у пациенток отсутствовали клинические и серологические проявления сифилиса и лишь в процессе наблюдения выявлены проявления сифилиса. Диагноз во всех случаях подтвержден серологически.

После проведенного полноценного специфического и профилактического лечения во время беременности родились дети без клинических, гистологических и серологических проявлений сифилиса.

Выводы:

1. Серологическое обследование беременных необходимо проводить 3-хкратно: при постановке на учет по поводу беременности, в третьем триместре беременности и при госпитализации в родильный стационар.

2. Целесообразно женщинам, которым необходимо превентивное лечение во время беременности, в связи с выявлением у полового партнера сифилитической инфекции проводить и профилактическое лечение после 20 недели беременности.

3. Профилактика врожденного сифилиса должна включать проведение обследования на сифилис будущих отцов, когда женщины наблюдаются в женской консультации по беременности. Данная мера, кроме того, позволит снизить количество сифилиса у беременных женщин.

Список литературы

1. Аствацатуров, К.Р. Сифилис, его диагностика и лечение [Текст]: монография - М., 1971. – 432с.
2. Бухарович, М.Н. Серорезистентный сифилис. [Текст]: монография. – К. Здоровья, 1971. – 121 с.
3. Катунин, Г.Л. Использование стандартных серологических методов исследования крови для диагностики скрытого позднего сифилиса [Текст] / Г.Л. Катунин, А.Б.Рубцов // Вестник дерматологии и венерологии. - 2016. - № 3. – С.69-74.
4. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации в 2010-2014 гг. [Текст] / Кубанова А.А. [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2015. - № 5–С.15—23.
5. Кубанова, А.А. Заболеваемость врожденным сифилисом в Российской Федерации в 2002-2012 гг. [Текст] / А.А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2013. - № 6–С.24-31.
6. Матыскина, Н.В. Сифилитическая инфекция и патологическое течение беременности, родов и изменения плаценты [Текст] / Н.В. Матыскина, Т.Е. Таранушенко, В.И. Прохоренков // Вестник дерматологии и венерологии. - 2015. - № 4. – С.69-75.
7. Милич, М.В. Эволюция сифилиса [Текст]: монография – М.: Медицина, 1987. – 157 с.
8. Родионов, А.Н. Сифилис [Текст]: Руководство для врачей – СПб.: Питер, 2007. – 320 с.
9. Анализ эпидемической ситуации по заболеваемости сифилисом в Луганской области 20 лет спустя [Текст] / В.Г. Радионов [и др.] // Актуальная инфектология, - 2016. - Т.1(10).–С. 23-28.
10. Хорошин, М.Г. Врожденный сифилис [Текст]: монография / М.Г. Хорошин, Э.С. Орошкин – К.: Здоровья, 1974. – 104 с.
11. Профилактика трансфузионного сифилиса [Текст] / А.В. Четкин [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2016. - № 1. – С.11-16.

Takhtashov I.R.

TO THE QUESTION OF TRANSPLACENTARY SYPHILIS AND MEASURES ON ITS PREVENTION

*Donetsk National Medical University named after M.Gorky
Republican Clinical Dermatovenereology Dispensary*

Summary

The article presents the history of the study, the main aspects of the etiology, the pathogenesis of congenital syphilis. Clinical cases of syphilis of pregnant women are considered. Preventive measures are provided to exclude the occurrence of congenital syphilis.

Key words: *congenital syphilis, prevention of pale treponema, pregnancy.*

Радионов В.Г., Провизион Л.Н., Гусак О.С., Шварева Т.И.,
Хайминов Е.М., Пенова Е.И.

К ВОПРОСУ ПРИМЕНЕНИЯ ГЕПАТОПРОТЕКТОРОВ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки

Резюме

Цель работы. Изучить возможность использования гепатопротекторов в комплексной патогенетической терапии больных псориазом при имеющихся место гепатобилиарных нарушениях и метаболическом синдроме.

Материал и методы. Под нашим наблюдением находилось 36 больных распространенным псориазом и наличием метаболического синдрома. Среди них было 20 мужчин и 16 женщин, в возрастной группе 45-60 лет. Степень тяжести псориатических проявлений определяли по общепринятой системе PASI.

Выводы. Проведенная терапия больных псориазом с применением Тиотриазолина и Эссенциале® форте Н, обеспечивает повышение эффективности лечения, увеличение продолжительности ремиссии, уменьшение частоты рецидивов, сокращает длительность пребывания больных в стационаре.

Ключевые слова: псориаз, гепатиты, метаболический синдром, гепатопротекторы.

Актуальность

Псориаз – одно из наиболее распространенных хронических рецидивирующих мультифакториальных заболеваний кожи с наследственной предрасположенностью, характеризующийся гиперпролиферацией эпидермальных клеток, нарушением кератинизации, воспалительной реакцией в дерме, а также изменениями в различных органах и системах [14]. В мире псориазом болеют по данным разных авторов от 3 до 5% населения планеты, а в общей структуре дерматологических больных достигает от 10 до 40%. В России заболеваемость составляет около 70 новых случаев на 100 тыс. населения в год, а распространенность около 220 случаев на 100 тыс. [7, 11].

Несмотря на многочисленные работы до настоящего времени продолжают дискуссии в вопросах патогенеза псориатической болезни. В механизме развития псориаза большинство авторов предпочитают

наследственную теорию, а среди провоцирующих факторов, таких как травматические, физические, химические, медикаментозные, биологические, инфекционные, неадаптированное питание и, немаловажное значение, многие авторы придают психоэмоциональному стрессу [2, 17].

В последние годы все большее значение в патогенезе псориаза уделяется нарушению метаболических процессов [8, 9, 15, 19]. Известно, что печень является главным барьером на пути всех чужеродных веществ, которые поступают в организм и выполняет важную метаболическую функцию: регулирует концентрацию большинства метаболитов в крови и поддерживает их динамическое равновесие. В печени осуществляется углеводный, белковый и липидный обмен веществ, в том числе распад и синтез триглицеридов, синтез холестерина и фосфолипидов. Нарушение этих процессов приводит к биохимическим, физиологиче-

ским и анатомическим изменениям печени. Этому способствуют различные факторы, в том числе метаболические, генетические и др. У больных псориазом часто выявляются, в первую очередь, нарушения белковообразующей функции печени, дислипидемии, повышение уровня холестерина, билирубина, что является показателем изменения структуры и функциональных нарушений печени [1, 24].

Метаболический синдром – это комплекс взаимосвязанных факторов риска развития хронических заболеваний, в частности сердечно-сосудистой системы, сахарного диабета, ожирения, гипертонической болезни, заболеваний печени, нарушения жирового обмена, а также многими исследователями отмечена взаимосвязь нарушений со стороны функции печени с тяжелым течением псориаза [3]. Анализируя данные о метаболическом синдроме при псориазе установлено, что проявлением метаболического синдрома являются активация генерализованного неспецифического воспаления, а также жировая дистрофия печени. Даже при отсутствии клинических проявлений при псориазе остается субклиническое воспаление, поэтому так необходима длительная проактивная терапия, которая приводит к снижению системного воспаления и направлена она на разные патогенетические звенья, в том числе на дислипидемию [4, 23].

Предполагается, что в основе развития перечисленных патологических симптомов этого синдрома лежат общие патогенетические механизмы, а причинами, приводящими к его развитию, являются иммунопатологические нарушения и генетические дефекты. Промежуточным звеном формирования метаболического синдрома считается инсулинорезистентность – снижение чувствительности тканей к стимуляции инсулином потребления глюкозы. Инсулинорезистентность связывают с наследственными пострецепторными дефектами инсулинзависимого транспорта глюкозы [15, 19].

Анализ метаболических нарушений у больных псориазом показал, что 80% обследованных имеют три признака метаболического синдрома: абдоминальное ожирение, повышение уровня глюкозы натощак и повышение артериального давления, в частности у 60% мужчин и почти у 40% женщин. Кроме того, метаболические нарушения были отмечены у 75% больных, страдающих псориатической эритродермией и артропатическим псориазом [3, 14]. Авторами Вирстюк Н.Г. и Волошинович М.С (2011) при изучении функционального состояния печени у больных неосложненным бляшечным псориазом установлены прямые корреляции между индексом PASI и показателями цитолитического, холестатического синдромов, энергетическим напряжением гепатоцитов и показателями липидного спектра крови.

Одновременное увеличение содержания общих липидов, фосфолипидов, триглицеридов и холестерина, как в эпидермесе, так и в плазме крови больных псориазом подтверждают патогенетическую роль нарушений липидного обмена [21]. Известны сообщения авторов о нарушении глицин-конъюгирующей функции печени при псориазе, поскольку установлена взаимосвязь между увеличением концентрации неконъюгированных желчных кислот (дезоксихолевой и холевой) с торпидным и рецидивирующим течением заболевания [19].

В последнее время всё больше внимания уделяется изучению у больных псориазом сопутствующей неинфекционной патологии печени, нередко в виде неалкогольного стеатогепатита, что влечет за собой увеличение числа пациентов с абдоминальным ожирением, сахарным диабетом I и II типов и метаболическим синдромом [13, 14, 24].

Проанализировав некоторые вышеизложенные патогенетические механизмы возникновения псориаза и метаболического синдрома, позволяет рассматривать их в качестве базиса для разработки новых путей дифференцированного подхода к терапии псориатической болезни. Многочисленными исследованиями доказано, что терапия

с применением гепатопротекторов способствует обновлению дезинтоксикационной функции гепатоцитов за счет нормализации функциональной активности индикаторных цитоплазматических ферментов (АлАТ, АсАТ), гамма-глутамилтранспептидазы, фермента участвующего в обмене аминокислот, липофосфолипидов, которые берут участие в окислении ксенобиотиков, усилению интенсивности перекисного окисления липидов (ПОЛ) и связывания продуктов ПОЛ, стимулированию репаративных процессов обновления структуры клеточных мембран, прекращению каскада мезенхимально-воспалительных реакций и формированию фиброза печени [9, 25].

Гепатопротекторы – вещества, которые обуславливают целенаправленное влияние на печень для обновления гепатоцитов, повышение стойкости к повреждающим влияниям экзогенных и эндогенных факторов, стимулируют репаративные и регенеративные процессы в организме [5, 8, 12, 21]. При выраженном цитолитическом и холестатическом синдроме ряд авторов использовали эссенциальные фосфолипиды, в частности препарата Эссенциале® форте Н, в комбинации с другими препаратами, реализующими терапевтический эффект посредством иных механизмов [21].

Изучив и проанализировав доступную нам литературу, а также основываясь на исследованиях многих авторов [18, 22], мы считаем, что другим перспективным гепатопротектором в лечении псориаза, является тиотриазолин, обладающий выраженной гепатопротекторной активностью, препятствующий разрушению гепатоцитов, стимулирующий их регенерацию и способствующий снижению распространения некроза и жировой инфильтрации печени.

Материал и методы исследования

Среди наблюдаемых нами 36 больных псориазом было 20 мужчин и 16 женщин, в возрастной группе 45 – 65 лет. Степень тяжести псориаических проявлений определяли по общепринятой системе PASI. Сред-

не-тяжелый псориаз (индекс PASI 10-20) был установлен у 19 (52,8%) пациентов, тяжелый у 7 (19,5%), с индексом PASI свыше 20 и, легкая степень поражения, установленная у 10 (27,8%) человек (индекс PASI менее 10). На основании клинико-лабораторных данных у всех больных был выявлен метаболический синдром (хронический гепатит, панкреатит, артериальная гипертензия, кардиопатия, сахарный диабет и др.).

При выборе гепатопротекторов, с целью включения их в комплексную терапию и на основании выявленной висцеральной патологии, мы, как и ряд других авторов [12, 21], основывались на данных доказательной медицины, подтверждающих эффективность того или иного препарата. В комплекс общепринятых лечебных мероприятий, нами были дополнительно включены два препарата: Тиотриазолин и Эссенциале® форте Н.

Тиотриазолин вводили по 100 мг внутривенно капельно (4 мл – 25 мг/мл раствора) на 100 мл 0,9% раствора натрия хлорида, 1 раз в сутки, в течение 2-х недель. В дальнейшем препарат назначали перорально по 200 мг два раза в сутки, в течение 2-х недель. Эссенциале® форте Н (обладает мембранотропными свойствами, метаболическим и гепатопротекторным действием, регулирует липидный и углеводный обмен) вводили ежедневно, внутривенно медленно по 5 мл с собственной кровью больного. Курс лечения состоял из 15 инъекций. В последующем пациенты препарат Эссенциале принимали в капсулах, по 2 капсулы 2 раза в сутки во время еды в течение 2-х недель.

Выводы

Исследования подтвердили высокую эффективность и хорошую переносимость проведенной нами комплексной терапии больных псориазом с дополнительным использованием тиотриазолина и эссенциальных фосфолипидов. Ближайшие и отдаленные результаты свидетельствуют о хорошей ее переносимости. У пациентов

значительно улучшается общее состояние, сокращаются сроки регресса высыпаний и длительность пребывания больных в ста-

ционаре, а также удлиняются сроки ремиссии заболевания, что существенно отражается на качестве жизни пациентов.

Список литературы

1. Балтабаев, М.К. Псориаз и метаболизм желчных кислот [Текст] / М.К. Балтабаев [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2005. – № 4. – С. 25–28.
2. Беловол, А.Н. Дисфункция сосудистого эндотелия у больных псориазом [Текст] / М.К. Балтабаев // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2010. – № 1 (36). – С. 17–21.
3. Вірстюк, Н.Г. Особливості перебігу псоріазу у хворих з метаболічним синдромом [Текст] / Н.Г. Вірстюк, М.С. Волошинович // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2011. – № 3 (42). – С. 19–31.
4. Кауд, Д. Псориаз и метаболический синдром как факторы взаимногоотягощения дисбаланса эндокринной, иммунной систем и цитокинового гомеостаза Перспективные направления болезнемодифицирующей терапии псориаза [Текст] / Д. Кауд // Укр. журн. дерматол., венерол. и косметол. – 2013. – № 2 (49). – С. 92–97.
5. Опыт применения гепатопротекторов в комплексной терапии псориаза [Текст] / И.М. Корсунская [и др.] // Клин. дерматол. и венерол. – 2008. – № 6. – С. 76–78.
6. Костюкевич, О.И. Алкогольный гепатит: современные алгоритмы диагностики и лечения [Текст] // РМЖ «Медицинское обозрение», 2016. – № 3. – С. 177–182.
7. Индекс PASI в оценке клинических проявлений псориаза [Текст] / А.А. Кубанов [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2016. – № 4. – С. 32–38.
8. Литинская, Т.О. Лікування хворих на хронічні дерматози з урахуванням патології гепатобіліарної системи [Текст] / Т.О. Литинская // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2006. – № 3 (22). – С. 24–28.
9. Литинская, Т.О. Диференційований підхід до призначення хворим на хронічні дерматози (псоріаз, червоний плескатий лишай, атопічний дерматит, екзема) із супутньою патологією органів травлення [Текст] / Т.О. Литинська, В. І. Степаненко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2013. – № 2 (49). – С. 24–90.
10. Тиотриазолин: фармакологические аспекты и клиническое применение [Текст] / И.А. Мазур [и др.] // Запорожье, 2005. – 146 с.
11. Системная терапия псориаза в детском возрасте (Часть I) [Текст] / Л.С. Намазова-Баранова [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. – 2017. – № 4. – С. 74–81.
12. Ошивалова, О.О. Актуальність гепатопротекторної терапії у хворих на псоріаз [Текст] / О.О. Ошивалова // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2012. – № 1 (44). – С. 128–130.
13. Пикулев, Д.В. Тиреотоксический гепатит [Текст] / Д.В. Пикулев, А.В. Клеменов // Проблемы эндокринологии. – 2017. – № 1. – С. 46–50.
14. Понежева, Ж.Б. Безинтерфероновая терапия хронического гепатита С [Текст] / Ж.Б. Понежева, И.В. Семенова // Лечащий врач. – 2017. – № 2. – С. 24–28.
15. Попова, І.Б. Деякі аспекти впливу метаболічного синдрому у хворих на псоріаз [Текст] / І.Б. Попова, М.О. Дидченко, А.Ф. Артеменко // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2013. – № 2 (49). – С. 48–51.
16. Радионов, В.Г. Энциклопедический словарь дерматовенеролога [Текст]: Монография / В.Г. Радионов – Луганск, 2009. – 616 с.
17. Узкополосная средневолновая UVB-монотерапия в лечении больных вульгарным псориазом [Текст] / В.Г. Радионов [и др.] // Матер. междунар. научн.-практ.

- конф. «Здоровье человека как предмет комплексного междисциплинарного исследования». – Луганск, 2017. – С. 57 – 58.
18. Применение тиотриазолина в амбулаторной практике: опыт и перспективы [Текст] / М.А. Савченко [и др.] // Медицинские новости. – 2013. – № 9. – С. 69 – 74.
19. Солошенко, Э.Н. Об ассоциации псориаза и метаболического синдрома [Текст] / Э.Н. Солошенко, Н.В. Жукова // Междунар. мед. журн. – 2006. – Т. 12, № 3 – С. 134–138.
20. Учайкин, В.Ф. Инфекционная гепатология [Текст]: Монография / В.Ф. Учайкин, Т.В. Чередниченко, А.В. Смирнов - Москва, 2014. – 608 с.
21. Чернявский, В.В. Гепатопротекторы в реалиях доказательной медицины и клинической практики [Текст] / В.В. Чернявский, А.К. Сизенко // Здоров'я України. – 2013. – № 17 (318). – С. 52–53.
22. Циркунов, В.М. Фармакологические эффекты Тиотриазолина в гепатологической клинике [Текст] / В.М. Циркунов // Рецепт. – 2008. – № 1. – С. 69–74.
23. Юркевич, И.В. Неинвазивные биомаркеры для оценки выраженности воспаления и фиброза печени при хроническом вирусном гепатите С: современное состояние проблемы [Текст] / И.В. Юркевич // Медицинский журнал. – 2017. – № 1. – С. 141–152.
24. Kuntz, E. Hepatology: history, morphology, biochemistry, diagnostics, clinic, therapy [Text] / E. Kuntz, H. Kuntz // Textbook and atlas. – 3rd ed. – Heidelberg: Springer, 2008. – Index. – P. 925–937.
25. Summer, D.M. Increased prevalence of the metabolic syndrome in patients with moderate to severe psoriasis [Text] / D.M. Summer [et al.] // Arch. Dermatol. Res. – 2006. – Vol. 298, № 7. – P. 321–328.

Radionov V.G., Provision L.N., Gusak O.S., Shvarjova T.I., Hayminov Ye.M., Penova Ye. I.

THE APPLICATION OF THE HEPATOPROTECTORS IN THE COMPLEX THERAPY OF THE PATIENTS WITH PSORIASIS

Lugansk State Medical University st. Luke

Summary

The aim. Explore opportunity using the hepatoprotectors in the complex pathogenesis therapy of the sick psoriasis has site hepatoliliaris disturbance metabolic syndrome.

Materials and methods. 36 patients were investigated with common psoriasis and metabolic syndrome. As between were 20 men and 16 women, the age were 45-60. PASY to measure the gravity of the serious psoriasis.

Summary. Efficiency treatment, prolongation of a term remission, to prevent the recurrence the disease duration sick in the hospital for in patients.

Key words: psoriasis, hepatitis, syndrome of the metabolic, hepatoprotectors.

Чайковская И.В., Павленко М. Ю., Трофимец Е.К., Шелякова И.П.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ НАРКОТИЧЕСКИ ЗАВИСИМЫХ ПАЦИЕНТОВ С РАЗВИВШИМСЯ ХРОНИЧЕСКИМ ТОКСИЧЕСКИМ ОСТЕОМИЕЛИТОМ КОСТЕЙ ЛИЦЕВОГО СКЕЛЕТА

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Цель работы: изучить особенности клинического течения и оценить результаты оперативного лечения наркозависимых пациентов с токсическим остеомиелитом костей лицевого скелета.

Материалы и методы. В отделение хирургической стоматологии на базе Клинической Рудничной больницы г. Макеевки с декабря 2011 г. и по июнь 2016 г. было проведено лечение 283 наркозависимых пациентов. При наличии очагов некротического поражения пациентам произведено удаление всей нежизнеспособной костной ткани в зависимости от показаний до появления участков кости с наличием функционирующих костных кровеносных сосудов.

Результаты. Структурный анализ пациентов показал, что чаще всего болеет мужчины возрастом от 30 до 39 лет. Структура локализации остеомиелитического процесса у 283 больных свидетельствует о преимущественном поражении нижней челюсти, что отмечено у 152 пациентов ($53,7 \pm 3,0\%$), верхняя челюсть была поражена у 78 пациентов ($27,6 \pm 2,3\%$), обе челюсти – у 48 ($17,0 \pm 2,2\%$). У 5 ($1,8 \pm 0,8\%$) пациентов воспалительный процесс распространился за пределы верхней челюсти и развился остеомиелит скуловой кости. Только лишь 138 ($68,36 \pm 3,3\%$) пациентам из 202 прооперированных удалось произвести однократное оперативное вмешательство. 89 ($31,4 \pm 2,8\%$) пациентов были госпитализированы с развившимися воспалительными осложнениями.

Выводы: Оперативные вмешательства при остеонекрозах, осложняющих инъекционную наркоманию, очень травматичные и сопровождаются морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями и способствуют возникновению психоэмоционального напряжения у больных. Анализ эффективности проведенных оперативных вмешательств по поводу хронического токсического остеомиелита костей лицевого скелета показал наличие рецидивов и высокую частоту обострений хронического течения воспалительного процесса, развитие различных воспалительных осложнений. Остается открытым вопрос разработки новых методов диагностики объема пораженной костной ткани, уточнение границ выполняемой некрэктомии, сроков и методов реконструктивного восстановления костных дефектов.

Ключевые слова: наркомания, токсический остеомиелит, оперативное лечение, наркотик «первитин».

Актуальность

В последние годы отмечается рост случаев атипично протекающего течения гнойно-воспалительных заболеваний челюстно-лицевой области с поражением кожи и мягких тканей лица у наркозависимых пациентов, употребляющих наркотик «первитин». За последние 5 лет количество таких больных значительно увеличилось [1, 2, 5, 6]. Наркотик «первитин», оказывает не только токсическое влияние на ткани челюстно-лицевой области, но и на весь организм в целом. Содержащийся в наркотическом препарате фосфор способен длительно накапливаться в костной ткани. Именно фосфор ингибирует активность остеокластов через различные механизмы: подавление дифференцировки остеокластов из моноцитов, увеличение апоптоза остеокластов и стимуляция остеокластоподавляющего фактора. Данные процессы способствуют нарушению обменных и репаративных процессов, тем самым вызывают специфические клинические проявления данного заболевания [7, 9, 10, 11]. Часто у больных возникают такие тяжелые и грозные осложнения, как медиастинит, сепсис, тромбофлебит вен лица и синусов головного мозга [3, 4, 9]. В комплексном лечении больных с данной патологией, основным является хирургический метод [8, 9]. Выбор оптимального метода хирургического лечения больных с токсическими остеомиелитами костей лицевого скелета является важной задачей современной хирургической стоматологии.

Цель работы

Изучить особенности клинического течения и оценить результаты оперативного лечения наркозависимых пациентов с токсическим остеомиелитом костей лицевого скелета.

Материалы и методы

В отделение хирургической стоматологии на базе Клинической Рудничной больницы г. Макеевки с декабря 2011 г. и по

июнь 2016 г. было проведено лечение 283 наркозависимых пациентов в возрасте от 23 до 46 лет, как активных потребителей наркотиков, так и пациентов с ремиссией разной длительности.

Всем пациентам в зависимости от показаний было проведено оперативное лечение. Вскрытие флегмоны в случае поступление пациента в стационар с обострением воспалительного процесса.

При наличии очагов некротического поражения пациентам произведена операция некрэктомия. Удаление всей нежизнеспособной костной ткани до появления участков кости с наличие функционирующих костных кровеносных сосудов. При поражении нижней челюсти мы выделяем следующие типы некрэктомий: 1. Некрэктомия альвеолярного отростка нижней челюсти. 2. Сегментарная некрэктомия нижней челюсти. 3. Половинная некрэктомия ветви и тела нижней челюсти с экзартикуляцией сустава из суставной головки. 4. Тотальное удаление нижней челюсти.

При поражении верхней челюсти: 1. Некрэктомия альвеолярного отростка (в случае отсутствия рентгенологических признаков хронического гайморита). 2. Гайморотомия с резекцией передней и латеральной стенки гайморовой пазухи, с бугром верхней челюсти. 3. Гайморотомия с резекцией передней и латеральной стенки гайморовой пазухи, бугра верхней челюсти с резекцией скуловой кости.

Все операции некрэктомии выполняли под эндотрахеальным наркозом. При выраженной контрактуры жевательных мышц и невозможности интубации трахеи выполняли трахеотомию по Бьерку.

В комплексном лечении таких пациентов проводилась стандартная антибактериальная, противовоспалительная, симптоматическая терапия.

Статистическая обработка данных выполнялась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ Statistica 7 for Windows, Microsoft Excel XP. Проводился подсчет



Рисунок 1. Клиническая картина пациента с локализацией токсического остеомиелита в области верхней челюсти.

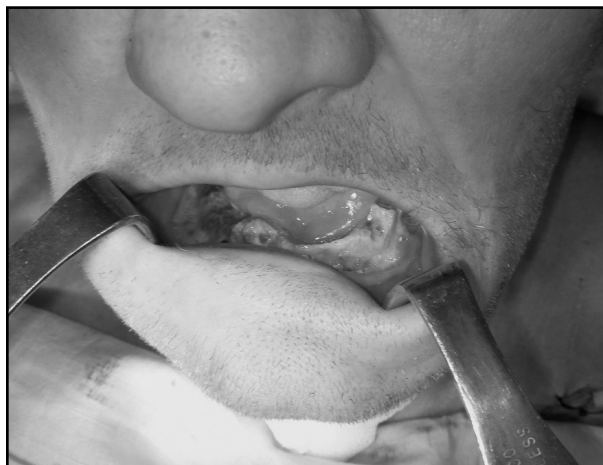


Рисунок 2. Клиническая картина пациента с локализацией токсического остеомиелита в области нижней челюсти.

абсолютной и относительной частоты встречаемости специалистами больных с псориазом, частоты встречаемости тяжелых форм, частоты применения той или иной системной или наружной терапии и частоты удовлетворенности полученным результатом лечения. Взаимосвязь между явлениями оценивалась путем расчета коэффициента корреляции методом Спирмена, Кендалла, гамма. Достоверность различий определялась по критерию χ^2 и Фишера. Различия считались значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Все 283 пациента имели сходную клиническую картину и развитие заболевания. Вначале возникала подвижность в зубе, который до этого имел кариозную полость. Зуб расшатывался и выпадал, на месте удаленного зуба возникал участок некроза альвеолы, вокруг участка формировалась утолщенная слизистая бледно-розового цвета. Постепенно зубы, прилегающие к участку, начинали расшатываться. Подобная картина захватывало весь альвеолярный отросток верхней челюсти (рис. 1.), или нижней челюсти (рис. 2.). При дальнейшем прогрессировании процесса происходило полное оголение тела нижней челюсти, небной пластинки и бугров верхней челюсти.

При внешнем осмотре обращала на себя внимание бледность и желтушность кожных покровов, характерные рубцовые изменения кожных покровов лица, верхних и нижних конечностей.

Средний возраст пациентов составил $32,5 \pm 5,1$ лет. У $19,7 \pm 6,3\%$ выявлена ВИЧ-инфекция, у $14,3 \pm 5,2\%$ - вирусные гепатиты В и С. Из обследованных нами больных, в возрасте до 30 лет было 56 человек ($19,8 \pm 2,4\%$), от 30 до 39 лет – 158 человек ($55,8 \pm 3,0\%$), старше 40 лет – 69 человек ($24,4 \pm 2,6\%$). Характеризуя исследуемых больных по половому признаку, отмечено существенное преобладание лиц мужского пола.

Структура локализации остеомиелитического процесса у 283 больных свидетельствовала о преимущественном поражении нижней челюсти, что отмечено у 152 ($53,7 \pm 3,0\%$) пациентов, верхняя челюсть была поражена у 78 ($27,6 \pm 2,3\%$) пациентов, обе челюсти – у 48 ($17,0 \pm 2,2\%$). У 5 ($1,8 \pm 0,8\%$) пациентов. Воспалительный процесс распространился за пределы верхней челюсти и развился остеомиелит скуловой кости.

89 ($31,4 \pm 2,8\%$) пациентов были госпитализированы с развившимися воспалительными осложнениями. Абсцесс различной локализации развился у 28 ($31,5 \pm 4,9\%$) из 89 пациентов. Флегмоны 1-2 пространств развились у 24 ($27,0 \pm 4,7\%$) из 89 пациентов,

3 и более пространств у 21 (23,6±4,5%) из 89 пациентов. Распространение воспалительного процесса на мягкие ткани шеи было у 4 (4,5±2,2%) пациентов. Стоит отметить, что у 4 (4,5±2,8%) пациентов развилось такое гнойное осложнение, как флегмона орбиты и у 5 (5,6±2,4%) пациентов воспалительный процесс распространился на средостение.

У 202 пациентов в плановом порядке проводилась 455 (включая повторные) оперативных вмешательств. На нижней челюсти некрэктомий альвеолярного отростка нижней челюсти без нарушения непрерывности тела челюсти было проведено 21 (4,6±1,0%), сегментарных резекций нижней челюсти 134 (29,5±2,1%) половинных резекций нижней челюсти с экзартикуляцией – 60 (13,2±1,6%), тотальных резекций нижней челюсти – 24 (5,3±1,0%). У всех пациентов, которым проводилась тотальная резекция нижней челюсти проведено ушивание культи мышц дна полости рта с целью предотвращение дислокационной асфиксии.

На верхней челюсти было проведено 16 (3,5±0,9%) частичных резекций альвеолярного отростка верхней челюсти, 128 (28,1±2,1%) резекций верхней челюсти выполнены одновременно с гайморотомией с одной стороны поражения, 66 (14,5±1,7%) - двухсторонних резекций верхней челюсти, 6 (1,3±0,5%) - резекций скуловой кости с резекцией нижней стенки орбиты.

В предоперационном периоде у 11 (2,4±0,7%) пациентов с целью проведения интубационного наркоза была проведена трахеотомия.

Только лишь 138 (68,36±3,3%) пациентам из 202 прооперированных удалось произвести однократное оперативное вмешательство. 16 (29,6±6,2%)

прооперированным больным потребовались повторные оперативные вмешательства, 12 (5,9±1,7%) пациентам их проводили 3 раза, 8 (4,09±1,4%) пациентам - 4 раза, 28 (13,9±2,4%) пациентам - 5 и более оперативных вмешательств. Как показал повторный сбор анамнеза, у 156 (77±3,0%) из 202 пациентов больных, которым прово-

дились повторные оперативные вмешательства, имело место употребление наркотических препаратов во время периода лечения.

Клинический случай №1

Пациент П. (45 лет) поступил в челюстно-лицевое отделение г. Макеевки с жалобами на кровотечение из свищевых ходов в области нижней челюсти, слабость, боли в области верхней и нижней челюсти, наличие участков некротизированной кости в полости рта, неприятный запах, озноб, общую слабость.

Из анамнеза: употребляет наркотические препараты кустарного производства в течении 8 лет. В январе 2015 года стали постепенно расшатываться и выпадать зубы на верхней и нижней челюсти. Сформировался участок некротизированной кости. С вышеуказанными жалобами обратился в челюстно-лицевое хирургическое отделение (ЧЛХО) г. Макеевки; обследован, рекомендована лечение у терапевта по месту жительства с целью подготовки к плановому оперативному вмешательству. 19.11.16 открылось кровотечение из свищевого хода в области нижней челюсти, скорой помощью доставлен в ЧЛХО г.Макеевки, госпитализирован urgently.

Объективно: больной в сознании адекватен, кожные покровы бледные сухие на ощупь. Т-36 С, АД 90/60 пульс 110 в мин. ЧДД-26 в мин. Лицо асимметрично за счет коллатерального отека мягких тканей в подчелюстной области справа и слева. В зачелюстной области, сонном треугольнике и на боковой поверхности шеи справа определяется плотно эластической консистенции болезненный инфильтрат. Кожа над инфильтратом гиперемирована, напряжена, отечная, в складку не берется. В полости рта в проекции от 48 до 36 зуба нижней челюсти участок некротизированной, оголенной костной ткани с неприятным запахом. По краям участка определяется грануляционная ткань, ярко красного цвета. В подчелюстных областях слева и справа определяется множество свищевых ходов с гнойным



Рисунок 3. Фотография пациента на 20 сутки нахождения в стационаре.

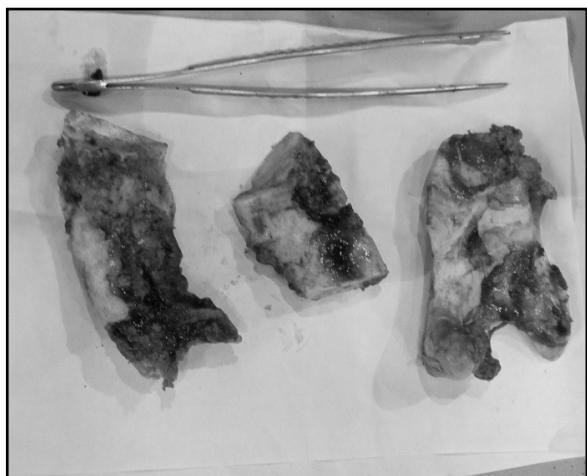


Рисунок 4. Фотографии удаленных костных секвестров.

отделяемым. Из свищей выбухают грануляции ярко красного цвета. Имеются сгустки крови в области свищевых ходов. Кровотечение на момент осмотра не определяется.

При поступлении выставлен диагноз: обострение хронического токсического остеомиелита нижней челюсти. Остеофлегмона подчелюстной области справа. Эрозивное кровотечение в подчелюстной области справа.

Показатели крови на момент поступления: эр.1,4г/л, Нв-52г/л, л-6.0г/л. Произведено: Операция 19.11.16: вскрытие флегмоны, гемостаз. Операция 23.11.16: вскрытие флегмоны, передней поверхности грудной клетки. 29.11.16 операция: ревизия послеоперационной раны, вскрытие флегмоны предплечья, и плеча справа. (Рис. 3.). Пациенту в течении всего времени нахождения в стационаре перелито: 4,5 л кровезамещающих жидкостей и эритроцитарной массы и плазмы крови. Находился на стационарном лечении 51 день.

24.12.16 операция: половинная резекция нижней челюсти справа и слева с экзартикуляцией суставной головки из сустава справа.

Местный статус на момент выписки из стационара: лицо ассиметрично за счет вторичной деформации нижней челюсти справа и западения мягких тканей, послеоперационные раны заживают вторичным натяжением. Показатели крови при выписке из стационара: эр.3,6г/л, Нв-115 г/л, л-4.8 г/л.

Клинический случай №2

Пациент М. 37 лет в 2011 г. обратился в ЧЛХО г. Макеевки с жалобами на боль в области верхней челюсти справа, наличие участка некротизированной кости в полости рта, неприятный запах.

Из анамнеза употребляет наркотический препарат «первитин» в течении 4 лет. Постепенно стали расшатываться зубы на нижней челюсти появился участок некротизированной ткани. Обратился в ЧЛХО г. Макеевки. Направлен на плановую госпитализацию. Последние 3 дня заметил ухудше-

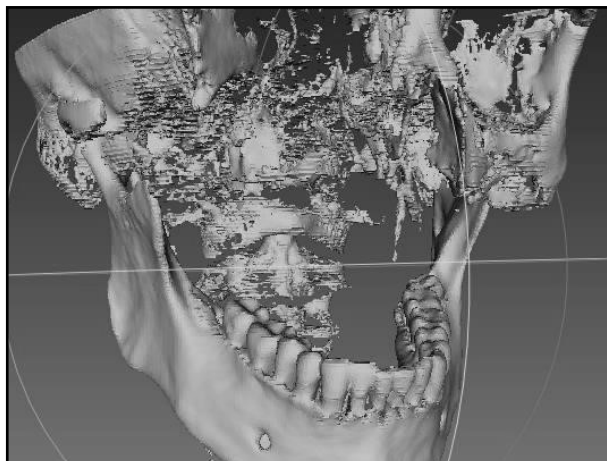


Рисунок 5. Спиральная компьютерная томограмма костного дефекта.



Рисунок 6. Фотография полости рта пациента в момент выписки из стационара.

ние общего состояние. Обратился в ЧЛХО г. Макеевки повторно, госпитализирован ургентно. Операция 2.07.11: гайморопункция справа. Операция 12.07.11: правосторонняя гайморотомия, секвестрэктомия. Выписан в удовлетворительном состоянии на амбулаторное лечение. Сформировался участок некротизированной кости в полости рта. Повторно обратился в ЧЛХО г. Макеевки, госпитализирован. Находился на стационарном лечении в ЧЛХО г. Макеевки с 28.12.11 по 11.01.12. Операция 29.12.11: секвестрэктомия, пластика дефекта верхней челюсти местными тканями. Выписан в удовлетворительном состоянии. Местный статус через 6 месяцев после проведенного оперативного лечения: в подглазничной области справа сформировался свищевой ход с гнойным отделяемым, участки некротизированной костной ткани. Повторно обратился в ЧЛХО г.Макеевки, госпитализирован после планового обследования. Операция 19.06.12: некрэктомия. Выписан в удовлетворительном состоянии в 5.07.12. Появились жалобы на наличие участков некротизированной ткани. Обратился в ЧЛХО г.Макеевки, госпитализирован в плановом порядке. В ноябре 2016г в нейрохирургическом отделении произведена операция: дренирование абсцесса головного мозга, наложение фрезевых, тотальная резекция верхней челюсти и скуловой кости справа.

Местный статус на момент выписки из стационара: лицо ассиметрично за счет деформации средней зоны лица. У пациента отмечается деформация верхней зоны лица из-за втяжения покровных мягких тканей в области верхней губы скуловой области слева. Открывание рта не ограничено. В полости рта определяется тотальная адентия верхней челюсти, деформация, обусловленная отсутствием альвеолярного отростка верхней челюсти, частично твердого неба и бурами верхней челюсти, скуловой области слева.

Выводы

1. Оперативные вмешательства при остеонекрозах, осложняющих инъекционную наркоманию, очень травматичные и сопровождаются морфологическими, функциональными и эстетическими нарушениями и способствуют возникновению психоэмоционального напряжения у больных.

2. Анализ эффективности проведенных оперативных вмешательств по поводу хронического токсического остеомиелита костей лицевого скелета показал наличие рецидивов и высокую частоту обострений хронического течения воспалительного процесса, развитие различных воспалительных осложнений.

3. Остается открытым вопрос разработки новых методов диагностики объема пораженной костной ткани, уточнение границ выполняемой некрэктомии, сроков и методов реконструктивного восстановления костных дефектов.

Список литературы

1. Гарюк, Г.И. Распространенность и особенности течения воспалительных процессов ЛОР органов при сопутствующей наркологической зависимости [Текст] / Г.И. Гарюк, Д.В. Киричек // Международный медицинский журнал. – 2010. – №4. – С. 64 – 67.
2. Медведев, Ю.В. Остеонекрозы костей лицевого скелета у лиц с наркотической зависимостью: клиника, диагностика, принципы лечения [Текст] / Ю.В. Медведев, Е.В. Басин // Врач. – 2012. – №2. – С. 55 – 60.
3. Нестеров, А.П. Рентгендиагностика одонтогенного остеомиелита челюстей у лиц с наркотической зависимостью от дезоморфина [Текст] / А.П. Нестеров, А.А. Нестеров, И.Н. Востриков // ДенталЮг. – 2012. – № 8. – С. 40 – 41.
4. Рузин, Г.П. Клинико-рентгенологические варианты течения остеомиелита костей лица у наркозависимых больных [Текст] / Г.П. Рузин, О.В. Ткаченко // Український стоматологічний альманах. – 2013. – №1. – С. 46 – 50.
5. Рузин, Г.П. Клинические проявления токсического остеомиелита в зависимости от давности употребления наркотика [Текст] / Г.П. Рузин, О.В. Ткаченко // Український стоматологічний альманах. – 2015. – №1. – С. 47 – 52.
6. Рузин, Г.П. Хронический токсический остеомиелит у лиц, употребляющих наркотик «Первинтин» [Текст] / Г.П. Рузин, О.В. Ткаченко // Таврический медико-биологический вестник. – 2013. – №1. – С. 167 – 169.
7. Султаналиев, Т. А. Этиология и патогенез повреждения кровеносных сосудов у наркоманов [Текст] / Т. А. Султаналиев, С.Е. Турсынбаев, В. М. Ивакин // Ангиология и сосудистая хирургия. – 2007. – Т.13, №2. – С. 25 – 33.
8. Тимофеев, А.А. Местное лечение одонтогенных флегмон у наркозависимых больных [Текст] / Тимофеев А.А., Дакал А.В. // Современная стоматология. – 2009. – №2. – С. 80 – 84.
9. Тимофеев, А.А. Особенности клинического течения и хирургического лечения первичных одонтогенных воспалительных очагов у больных с гнойно воспалительными заболеваниями мягких тканей употребляющих наркотик «Винт» [Текст] / Тимофеев А.А., Дакал А.В. // Современная стоматология. – 2010. – №3. – С. 121 – 127.
10. Drug-induced osteonecrosis of the jaw: the state of the art. [Text] / A. Fassio, [et al.] // Reumatismo. – 2017. – May № 69 (1). – P. 9 – 15.
11. Denosumab-related osteonecrosis of the jaw in a patient with bone metastases of prostate cancer: A case report and literature review [Text] / H. Yoshimura [et al.] // Oncol Lett. – 2017. – Jul №14 (1). – P. 127 – 136.

Chaykovskaya I.V., Pavlenko M. U., Trofimets E.K., Shelyakova I.P.

SURGICAL TREATMENT OF DRUG-DEPENDENT PATIENTS WITH DEVELOPED CHRONIC TOXIC OSTEOMYELITIS OF THE BONE OF THE FACE SKELET

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The aim to study the features of the clinical course and evaluate the results of surgical treatment of drug-dependent patients with toxic osteomyelitis of the bones of the facial skeleton.

Materials and methods. Between December 2011 and June 2016, 283 drug users were treated at the Department of Surgical Dentistry at the Clinical «Rudnichnaya» Hospital in Makeyevka.

In the presence of foci of necrotic lesions, patients are removed all unsustainable bone tissue, depending on the indications before the appearance of bone sections with the presence of functioning bone vascular vessels.

Results. Structural analysis of patients showed that men with age from 30 to 39 are most often sick. The structure of localization of the osteomyelitis process in 283 patients indicates the primary lesion of the mandible, which was noted in 152 patients ($53.7 \pm 3.0\%$), the upper jaw was affected in 78 patients ($27.6 \pm 2.3\%$), both jaws - in 48 ($17.0 \pm 2.2\%$). In 5 ($1.8 \pm 0.8\%$) patients, the inflammatory process spread beyond the upper jaw and osteomyelitis of the zygomatic bone developed.

Only 138 ($68.36 \pm 3.3\%$) patients from 202 operated on managed to make a single surgical intervention. 89 ($31.4 \pm 2.8\%$) patients were hospitalized with acute inflammatory complications.

Conclusions: 1. Operative interventions for osteonecrosis complicating injecting drug addiction are very traumatic and are accompanied by morphological, functional and aesthetic disorders and contribute to the emergence of psychoemotional stress in patients.

2. Analysis of the effectiveness of surgical interventions in connection with chronic toxic osteomyelitis of the bones of the facial skeleton showed the presence of recurrences and a high frequency of exacerbations of the chronic course of the inflammatory process, the development of various inflammatory complications.

3. There remains an open question of the development of new methods for diagnosing the volume of affected bone tissue, clarifying the boundaries of the necrectomy performed, the timing and methods of reconstructive restoration of bone defects.

Key words: *addiction, chronic osteomyelitis, surgical treatment, drug «pervitin».*

УДК: 616.5:378.147.88

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

САМОСТОЯТЕЛЬНАЯ РАБОТА В СИСТЕМЕ ОБУЧЕНИЯ СТУДЕНТОВ НА КАФЕДРЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Показано значение самостоятельной работы студентов в системе обучения на кафедре дерматовенерологии высшего медицинского образовательного учреждения. Рассмотрены основные виды самостоятельной работы студентов.

Ключевые слова: *самостоятельная работа студентов, педагогика, дерматовенерология, здравоохранение.*

Задачи, поставленные перед системой высшего медицинского образования, включают в себя не только совершенствование качества знаний, но и, прежде всего, усвоение обучающимися практических умений и навыков, адаптацию будущих врачей к современным условиям развития медицины.

Мотивация к совершенствованию, осознание студентами важности самообразования во время учебно-практической деятельности является основой деятельности профессорско-преподавательского состава в высшем медицинском учреждении [1,3]. Организация самостоятельной работы (СР) предполагает создание целостной системы, способствующей повышению активности студентов и эффективности труда преподавателей. СР должна проводиться как в аудитории, так и вне ее – в отделении стационара, смотровых и манипуляционных кабинетах, мазевых, лаборатории – здесь студенты должны совершенствовать свои практические навыки, активно помогать медицинскому персоналу, и брать на себя часть рутинной работы.

Процесс приобретения знаний осуществляет сам человек, эту работу за него не может выполнить никто, в связи с чем, и делается акцент на важности самообразо-

вания в медицинском ВУЗе с целью улучшения качества подготовки специалистов [2,3]. Недостаточно только прослушать или прочитать лекцию – необходимо осмыслить этот материал, составить собственные суждения на основании рекомендуемой литературы, определить алгоритм и в последующем использовать полученные знания при освоении практических навыков [2]. В процессе СР студент должен научиться выделять основное содержание обширного материала, создавая тем самым прочный «скелет» знаний, который в последующем пополняется дополнительными сведениями из различных источников информации [1,2]. Составление студентом структурно-логической схемы изучаемой темы и является основой сохранения материала в долговременной памяти. Приобретение навыков практической работы, практических умений будущего врача невозможно без прочных знаний и осознания целей проводимых манипуляций.

Конечным результатом усвоения знаний является приобретённое умение анализировать изученный материал – уметь работать с больным: провести осмотр и опрос больного, исследовать объективное общее состояние, а также локальный статус кожного больного с определением

специфичных для данного кожного заболевания симптомов. На основании этих данных уметь поставить предварительный диагноз, определить алгоритм обследования больного (учитывая, в том числе, и сопутствующую патологию), провести дифференциальную диагностику заболевания, поставить окончательный диагноз и определить план общего и местного лечения больного с кожной патологией.

Необходимо также внедрять и другие формы СР студентов, повышающие мотивацию обучения. Это может быть реализовано через подготовку докладов, презентаций, рефератов к практическим занятиям, а также обзор современной медицинской печати в виде краткого информационного сообщения на практическом занятии. На практическом занятии нужно использовать интерактивные формы обучения: диспуты, мини-конференции, «круглые столы», обсуждение ситуационных задач, которые стимулируют желание студентов пополнять и расширять свои знания. Данные методы проведения практических занятий способствуют повышению самоуважения и уважения со стороны обучающихся, создавая тем самым положительный имидж. Высокая активность студентов должна поощряться преподавателем в виде положительных оценок, направления обучающихся для участия в студенческих олимпиадах и конференциях.

При проверке преподавателем результатов СР студента необходимо соблюдение принципов сопоставления реального фонда времени студента с возможностями обуча-

ющихся и объемом получаемой информации. В СР над учебным материалом нужно уделять внимание правильности использования и обширности медицинской терминологии, знание и применение которой необходимо грамотному специалисту. Получив основы теоретических знаний, студент обучается применять их с помощью преподавателя при работе с больным, компьютерной программой, ситуационными и тестовыми задачами, - в процессе этого преподаватель акцентирует внимание студента на некоторых нюансах, сложных вопросах, вырабатывает у студентов привычку постоянно ставить перед собой вопрос «почему?» и искать на него ответ. Это достигается с помощью анализа выполненной работы, обсуждаемой ситуации, проведения систематического рубежного контроля.

Таким образом, совершенствование методологии СР студентов предполагает: 1) целенаправленное формирование мотивации изучения материала и усвоения его с учетом бюджетного времени, форм и принципов организации СР; 2) поощрение готовности студентов к активной работе; 3) организацию обратной связи «студент-преподаватель» с целью установления степени понимания учебной информации; 4) разработку методических пособий, компьютерных программ контроля и совершенствования знаний для СР на основании образовательной квалификационной характеристики с учетом уровня обучения; 5) приобретение обучающимися практических знаний-умений в результате усвоения материала.

Список литературы

1. Гетман, Н.А. Организация самостоятельной работы студентов в образовательной среде медицинского вуза [Текст] / Н.А. Гетман, Л.И. Сукач, М. С. Сукач // Педагогическое образование в России. 2014. - №3. - С.16 – 22.
2. Родионова, Т.И. Организация самостоятель-

ной работы студентов на кафедре эндокринологии саратовского государственного медицинского университета [Текст] / Т.И. Родионова [и др.] // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2013. - № 11 (часть 1) - С. 27-29.

3. Хусаенова, А.А. Самостоятельная работа студентов медицинских образовательных организаций высшего образования на основе требований ФГОС ВО [Текст] / А.Ф. Амиров., Л. М. Насретдинова, Р.Р. Богданов // Педагогика высшей школы. — 2015. — №1. — С. 28 – 29.

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

SELF-WORKING IN THE SYSTEM OF TRAINING STUDENTS IN THE CHAIR OF DERMATOVENEROLOGY

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The value of independent work of students in the system of training at the department of dermatovenerology of the higher medical institution is shown. The main types of independent work of students are considered.

Key words: *self-working, dermatovenereology chair, health care.*

УДК 616-053.2(07.07)

*Проценко О.А., Провизион А.Н., Тахташов И.Р., Горбенко Ал. С.,
Боряк С.А., Кузнецова В.Г., Корчак И.В.*

ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ИНФЕКЦИОННЫХ ДЕРМАТОЗОВ НА ЦИКЛЕ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ВРАЧАМ – ИНТЕРНАМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького

Резюме

Представлены особенности преподавания инфекционных дерматозов на последипломном обучении врачам смежных специальностей на кафедре дерматовенерологии и косметологии.

Ключевые слова: *последипломное обучение, смежные специальности, инфекционные дерматозы.*

Система программно-целевого управления качеством подготовки специалистов, разработанная в Донецком национальном медицинском университете им. М. Горького более 10 лет назад, до настоящего времени не утратила своей актуальности, особенно при профессиональной подготовке врачей на последипломном уровне [1, 2, 3, 4, 5].

Основными средствами реализации единой методической системы управления качеством обучения являются разработка и использование в учебном процессе «Методических рекомендаций по целевому тестовому контролю», методических материалов для обучающихся и для преподавателей, формирование объективной оценке формируемых у специалистов знаний и профессиональных навыков, разработке конкретных мер по ликвидации обнаруживаемого несоответствия.

На кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования на протяжении последних 10-ти лет разработаны и внедрены в практику методические указания для обучающихся по всем циклам подготовки специалистов, в том числе по

инфекционным дерматозам (пиодермии, микозы, вирусные и паразитарные заболевания кожи) для обучающихся врачей по смежным специальностям: «акушерство и гинекология», «анестезиология и реаниматология», «внутренние болезни», «общая практика-семейная медицина», «инфекционные болезни», «клиническая онкология», «лабораторная диагностика», «медицина неотложных состояний», «неврология», «ортопедия и травматология», «оториноларингология», «офтальмология», «психиатрия», «пульмонология и фтизиатрия», «общая гигиена», «эпидемиология», «судебно-медицинская экспертиза», «урология», «хирургия», «педиатрия», «неонатология».

Методические материалы разработаны в соответствии с Унифицированной типовой программой, утвержденной министерством здравоохранения, с учетом последних международных рекомендаций и стандартов терапии.

В разделе «Актуальность темы» излагается учебное, профессиональное, мировоззренческое, личностное значение конкретной темы, далее – цель обучения (общая и конкретная). Обеспечение кон-

троля исходного уровня знаний-умений осуществляется с помощью ситуационных задач и эталонов ответов к ним.

Отличительной особенностью тестов является то, что они отражают знания-умения, полученные курсантами в результате обучения на семинарских и практических занятиях, ознакомлении с литературой и материалами лекций. Затем приводится список литературы, воспользовавшись которым обучающийся может получить информацию для пополнения исходных знаний-умений.

Раздел «Содержание обучения» начинается списком основной и дополнительной литературы, необходимой для изучения конкретной цели. Изучение материала в логике профессиональной деятельности обеспечивает граф логической структуры по соответствующей теме.

В последующем формируются вопросы теоретической подготовки, которые обучающийся должен освоить для выполнения целевых видов деятельности по данной теме. Эти вопросы являются узловыми в данной теме и элементами графа логической структуры данной темы.

Ориентировочной основой действия служат различные схемы, таблицы, алгоритмы и т.п. Важным условием достижения цели является выработка ориентировочной основы действий, которую необходимо сопровождать описанием поэтапного принципа работы с использованием четких критериев. Для обучения используют целевые обучающие задания, средства самоконтроля и самокоррекции (тесты с эталонами ответов). Задания, входящие в состав тестов, охватывают все цели, задачи и узловые вопросы каждой темы.

Краткие методические указания к работе на семинарских и практических занятиях или к самостоятельной работе знакомят обучающихся с основными этапами работы и методикой проведения практических занятий. Занятия начинаются с определения исходного уровня знаний. Затем курсанты участвуют в утренней клиниче-

ской конференции и клинических разборах больных, проводимых профессорами и доцентами кафедры. В последующем на практических занятиях разбирают результаты тестирования, обсуждают сложных для диагностики или лечения больных, обосновывают алгоритм обследования и лечения. В последующем каждый обучающийся получает для курации больного, максимально соответствующего теме занятия и основной специальности врача. Самостоятельная работа врача курсанта проводится под контролем преподавателя. Заполняется медицинская документация. Во время курации преподаватель оценивает практические навыки, умение дифференцировать симптомы болезни, использовать вспомогательные диагностические технологии и трактовать результаты анализов. При отсутствии тематических пациентов проводят решение ситуационных задач, выполняют ролевые и/или деловые игры.

Для текущего контроля знаний по каждой теме используют тесты формата «А» для определения знаний курсантов конкретных вопросов изучаемой темы. Для оценки всех видов целевой деятельности при текущем контроле используется достаточное количество индивидуальных наборов и вариантов тестов. Сопоставление с эталонами ответов осуществляет преподаватель и в последующем делает соответствующие выводы. Поскольку эти тесты применяются для оценки результатов обучения, его эффективности, этот этап контроля нуждается в максимальной объективизации. После проведения тестирования преподаватель проверяет правильность решения тестов при помощи эталонов. Выставляется итоговая оценка.

После выполнения заданий курсантами проводится анализ итогов самостоятельной работы каждого с участием всех курсантов под руководством преподавателя. Оценивание учебной деятельности врачей-интернов смежных специальностей на кафедре дерматовенерологии и косметологии ФИПО ДонНМУ им. М. Горького проводится стандартизовано.

Таким образом, созданные на кафедре методические указания для обучающихся и методические рекомендации для преподавателей способствуют улучшению подготовки специалистов к семинарским

и практическим занятиям, самостоятельной работе врачей-интернов смежных специальностей, объективизации оценки, формированию у специалистов практических навыков.

Список литературы

1. Атанов, Г.А. Деятельностный подход в обучении [Текст]: / Г.А. Атанов - Донецк: ЕА-И-Пресс. – 2003. – С.8 – 10.
2. Высшее медицинское образование (методология, управление) [Текст]: Монография / В.Н. Казаков [и др.] – Донецк: Здоровье, 2002. – 226 с.
3. Казаков, В.Н. Оценка качества обучения. Проблемы и перспективы [Текст] / В.Н. Казаков, А. Н. Талалаенко // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2009. – Т.1, №1. – С.4 – 7.
4. Каменецкий, М.С. Программно-целевой принцип обучения в медицинском ВУЗе [Текст] / М.С. Каменецкий, М.Г. Гарина // Архив клинической и экспериментальной медицины. – 2000. – Т.1, №1. – С.4 – 7.
5. Проценко, Т.В. Актуальные аспекты формирования клинического мышления у молодых врачей [Текст] / Т.В. Проценко, О.А. Проценко // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Вып.12. – 2016. – С. 115 – 120.

Protsenko T.V., Protsenko O.A., Provision A.N., Lukyanchenko E.N., Taktashov I.R., Gorbenko Al.S., Boryak S.A., Kuznetsova V.G., Korchak I. V.

EXPERIENCE TEACHING INFECTIOUS DERMATOSES STUDENTS RELATED SPECIALTIES

Donetsk National Medical University M. Gorky

Summary

The peculiarities of teaching of infectious dermatoses in postgraduate training of doctors of related specialties in the Department of dermatology and cosmetology.

Keywords: *post-graduate studies, related specialty, infectious dermatoses.*

Требования к оформлению статей

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

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

Структура статьи:

- УДК
- Фамилии и инициалы автора/авторов (курсивом)
- Название работы (жирным шрифтом)
- Название организации, в которой выполнена работа (курсивом)
- Резюме с ключевыми словами
- Текст статьи
- Список литературы
- Резюме на английском языке с ключевыми словами

В тексте оригинальной статьи необходимо придерживаться следующей последовательности обязательных разделов:

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

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

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

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

Весь **иллюстративный материал** (схемы, рисунки, диаграммы, графики, карты, фотографии) именуется рисунками. Допустимы четкие рисунки, сохраненные в файлах формата «JPEG» или «TIFF» с разрешением 300-600 пикселей на дюйм в 256 градациях серого цвета для фотографий и 600 пикселей на дюйм для рисунков (2 цвета). Цветные изображения не публикуются. Рисунки должны иметь сквозную нумерацию (арабскими цифрами) в порядке их первого упоминания в тексте. В тексте ссылки на рисунки даются после их упоминания, в круглых скобках – (рис. 1.). Если рисунок один, то он не нумеруется, в тексте делают ссылку – (см. рис.). Рисунки сопровождаются подписными подписями, включающими номер, название иллюстрации и при необходимости условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На

осях координат для графиков следует указывать обозначения и единицы измерения (например: по оси абсцисс – время культивирования ткани, сут., по оси ординат – активность фермента, мл/мин.).

Библиографические списки и ссылки на литературу. Список использованной литературы оформляют с учетом требований ГОСТ Р 7.0.5-2003 «Библиографическая ссылка. Общие требования и правила составления» и с учетом «Единых требований к рукописям, представляемым в биомедицинские журналы» Международного комитета редакторов медицинских журналов (Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals).

Резюме. Должно быть структурированным, на русском и английском языках, объемом до 250 слов, включать цель, материалы и методы, результаты, выводы. В тексте нельзя использовать сокращения (аббревиатуры). При написании обзора, лекции,

описании клинического случая или наблюдений из практики резюме может быть неструктурированное, объемом не более 150 слов. В резюме на английском языке должен быть включен полный заголовок статьи, фамилии и инициалы авторов, название учреждения.

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

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

- Ф.И.О. (полностью)
- Место работы (учебы) (с указанием подразделения), должность
- Ученая степень
- Ученое звание
- Почтовый адрес (с указанием индекса); e-mail; телефон (для связи).

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

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

Дата введения 01-07-2004

Библиографическое описание: новый государственный стандарт.

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

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

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

Книга под фамилией автора

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

1 автор:

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

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

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

2 автора:

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

Кузовлев, В.П. Философия активности учебной деятельности учащихся [Текст]: монография / В.П. Кузовлев, А.В. Музальков. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - 219 с.

3 автора:

Максимов, Н.В. Архитектура ЭВМ и вычислительных систем [Текст]: учеб. для вузов / Н.В. Максимов, Т.Л. Партыка, И.И. Попов. - М.: Инфра - М, 2005.-512 с.

Душков, Б.А. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности [Текст]: учеб. пособие для вузов/ Б.А. Душков, А.В. Королев, Б.А. Смирнов. - М: Академический проект, 2005.-848 с.

Книга под заглавием

Описание книги дается на заглавие, если книга написана четырьмя и более авторами. На заглавие описываются коллективные монографии, сборники статей и т.п.

История России [Текст]: учебник / А.С.Орлов [и др.]. - 2-е изд., перераб. и доп. — М.: ТК Велби, Изд-во Проспект, 2005. — 520 с.

Мировая художественная культура [Текст]: в 2-х т. / Б.А.Эренграсс [и др.]. - М.: Высшая школа, 2005. - Т.2. - 511 с.

Комплекс контрольных заданий и тестов по экономическому анализу [Текст]: учеб.-метод. пособие для вузов / А.А.Сливинская [и др.]. — Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2003. - 73 с.

Теория и практика дистанционного обучения [Текст]: учеб. пособие для студентов пед. вузов / М.Ю.Бухаркина [и др.]; под ред. Е.С.Полат. - М.: Академия, 2004. - 416 с.

Михаил Пришвин: актуальные вопросы изучения творческого наследия [Текст]: материалы международ. науч. конференции, посвящ. 130-летию со дня рождения писателя. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2003. - Вып. 2. - 292 с.

Материалы науч.-практ. конференции юридического ф-та Елецкого гос. ун-та им. И.А.Бунина [Текст]. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2003. - Вып.4. - 138 с.

Вестник Елецкого гос. ун-та им. И.А.Бунина [Текст]. Сер. Филология. - Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - Вып.3. - 336 с.

Законодательные материалы

Конституция Российской Федерации [Текст]. - М.: Приор, 2001. - 32 с. **Гражданский процессуальный кодекс РСФСР** [Текст]: [принят третьей сес. Верхов. Совета РСФСР шестого созыва 11 июня 1964 г.]: офиц. текст: по состоянию на 15 нояб. 2001 г. / М-во юстиции Рос. Федерации. - М.: Маркетинг, 2001. - 159 с.

Стандарты

Аппаратура радиоэлектронная бытовая. Входные и выходные параметры и типы соединений. Технические требования [Текст]: ГОСТ Р 517721 - 2001. - Введ. 2002-01 -01. - М.: Изд-во стандартов, 2001. - IV, 27 с.: ил.

Патентные документы

Приемопередающее устройство [Текст]: пат. 2187888 Рос. Федерация: МПК Н 04 В 1/38, Н 04 J 13/00/ Чугаева В.И.; заявитель и патентообладатель Воронеж, науч. - исслед. ин-т связи. - № 2000131736/09; заявл. 18.12.00; опубл. 20.08.02, Бюл. № 23 (II ч.). - 3 с: ил.

Депонированные научные работы

Разумовский, В.А. Управление маркетинговыми исследованиями в регионе [Текст] / В.А.Разумовский, Д.А.Андреев; Ин-т экономики города. - М., 2002. - 210 с: схемы. - Библиогр.: с. 208-209. - Деп. в ИНИОН Рос. акад. наук 15.02.02, № 139876.

Социологическое исследование малых групп населения [Текст] / В.И.Иванов [и др.]; М-во образования Рос. Федерации, Финансовая академия. - М., 2002. - 110 с. - Библиогр.: с. 108-109. - Деп. в ВИНТИ 13.06.02, № 45432.

Изоиздания

Шедевры французского искусства 18 века [Изоматериал]: календарь: 2002/ Торговый дом «Медный всадник»; вступ. ст. С.Кудрявцевой. — СПб.: П-2, 2001.-24 с: цв. ил.

Нотные издания

Бойко, Р.Г. Петровские звоны [Ноты]: (Юность Петра): муз. ил. к рус. истории времен Петра Первого: ор. 36 / Ростислав Бойко. - Партитура. - М.: Композитор, 2001. - 96 с.

Аудиоиздания

Гладков, Г.А. Как львенок и черепаха пели песню и другие сказки про Африку [Звукозапись] / Геннадий Гладков; исп. Г.Вицин, В.Ливанов, О.Анофриев [и др.]. - М.: Экстрафон, 2002. - 1 мк.

Роман (иеромон.). Песни [Звукозапись] / иеромонах Роман; исп. Жанна Бичевская. - СПб.: Центр духов. Просвещения, 2002. - 1 электрон. опт. диск. - (Песнопения иеромонаха Романа; вып. 3)

Видеоиздания

От заката до рассвета [Видеозапись] / реж. Роберт Родригес; в ролях: К.Тарантино, Х.Кейтель, Дж.Клуни; Paramount Films. — М.: Премьер- видеофильм, 2002. - 1 вк.

Диссертации, авторефераты диссертаций

Белозеров, И.В. Религиозная политика Золотой Орды на Руси в 13-14 вв. [Текст]: дис... канд. ист. наук: 07.00.02: защищена 22.01.02: утв. 15.07.02 / Белозеров Иван Валентинович. - М., 2002. - 215 с. - Библиогр.: с. 202-213. - 04200201565.

Григорьева, А.К. Речевые ошибки и уровни языковой компетенции [Текст]: автореф. дис... канд. филолог, наук / А.К.Григорьева. - Пенза: ПТТУ, 2004. - 24 с.

Составная часть документов

Статья из...

...собрания сочинений

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

...книги, сборника

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

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

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

...продолжающегося издания

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

Борисова, Н.В. Православие и культура [Текст] / Н.В. Борисова, Т.А. Полякова // Собор: альманах религиоведения. — Елец: Изд-во Елецкого гос. ун-та, 2004. - Вып. 5. - С. 17-23.

...журнала

Мартышин, О.В. Нравственные основы теории государства и права [Текст] / О.В. Мартышин // Государство и право. - 2005. - № 7. - С. 5-12.

Трепавлов, В.В. «Непоколебимый столп»: образ России XVI - XVIII вв. в представлении ее народов / В.В.Трепавлов // Вопросы истории. - 2005. - №8. - С. 36-46.

...газеты

Петров, В.Г. Богато то общество, в котором дороги люди: монолог о главном [Текст] / В.Г. Петров // Липецкая газета. - 2004. - 7 апр.

В аналитическом описании статьи из газеты область количественной характеристики (страница) указывается, если газета имеет более 8 страниц.

Рецензия

Хатунцев, С. Консервативный проект / С.Хатунцев // Москва. - 2005. - № 8. - С. 214-217. - Рец. на кн.: Чернавский М.Ю. Религиозно- философские основы консерватизма в России: научная монография / М.Ю.Чернавский. — М, 2004. - 305 с.

Если рецензия не имеет заглавия, в качестве него в квадратных скобках приводят слова «Рецензия».

Моряков, В.И. [Рецензия] / В.И.Моряков // Вопр. истории. - 2001. - № 3. — С. 166-162. — Рец. на кн.: Человек эпохи Просвещения: сб. ст.; отв. ред. Г.С.Кучеренко. - М.: Наука, 1999. - 224 с.

Нормативные акты

О государственном языке Российской Федерации [Текст]: федер. закон от 1 июня 2005г. № 53-ФЗ // Рос. газета. - 2005. - 7 июня. - С. 10.

О борьбе с международным терроризмом [Текст]: постановление Гос. Думы Федер. Собр. от 20 сент. 2001 г. № 1865 // Собр. законодательства Рос. Федерации. - 2001. - № 40. - Ст. 3810. - С. 8541 -8543.

О государственной судебно-экспертной деятельности в Российской Федерации [Текст]: федер. закон от 31 мая 2001 г. № 73-83 // Ведомости Федер. Собр. Рос. Федерации. - 2001. - № 17. - Ст. 940. - С. 11-28.

Библиографическое описание документа из Internet

Бычкова, Л.С. Конструктивизм / Л.С.Бычкова // Культурология 20 век - «К». - (<http://www.philosophy.ru/edu/ref/enc/k.html>).

Психология смысла: природа, строение и динамика Леонтьева Д.А. -Первое изд. - 1999. - (<http://www.smysl.ru/annot.php>).

Примечание.

Набор элементов библиографического описания может быть расширенным и сокращенным. В сокращенном варианте, рекомендуемом для курсовых работ, допускается не указывать издательство. Например:

Арнольд, О.В. Психологический коктейль для дам / О.В.Арнольд. - М, 2000.-288 с.

