

ISSN 2522-9885



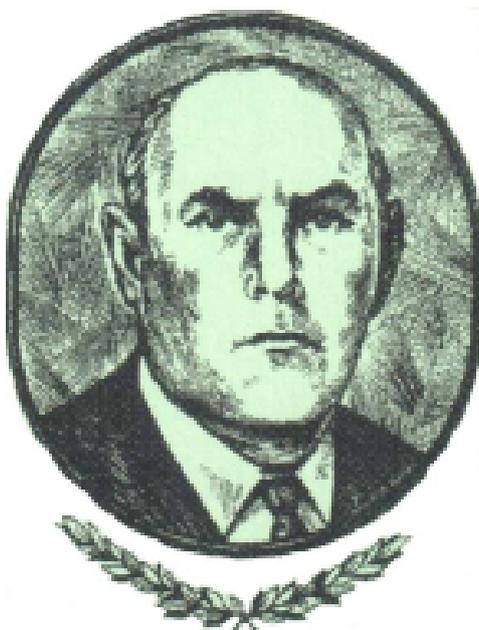
# ТОРСУЕВСКИЕ ЧТЕНИЯ

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ  
ПО ДЕРМАТОЛОГИИ, ВЕНЕРОЛОГИИ, КОСМЕТОЛОГИИ

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

2017 № 3 (17)

**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 № 3 (17)**

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 журнала:**

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)  
Радионых В.Г. (г. Луганск)  
Романенко В.Н. (г. Донецк)  
Седаков И.Е. (г. Донецк)  
Тищенко А.Л. (г. Москва)  
Шай А.М. (г. Москва)  
Шелихов С. Ю. (г. Астана)  
Фисталь Э.Я. (г. Донецк)

Рекомендовано к изданию Ученым Советом 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

Крюк Ю.Я., Киосева Е.В., Киосев Н.В. Роль жизнестойкости в формировании стресс-индуцированных состояний .....	6
Лукьянченко Е.Н. Отдаленные результаты комплексного лечения и реабилитации поздних акне у женщин активного репродуктивного возраста .....	12
Проценко О.А., Милус И.Е., Проценко О.И. Медицинские технологии коррекции сухости кожи .....	18
Проценко Т.В., Милус И.Е., Проценко О.А., Корчак И.В. Эффективность длительной терапии доксициклином ранних и поздних акне .....	22
Проценко О.А., Золото М.Ю., Колесникова И.А., Провизион А.Н. Морфологические изменения предстательной железы у больных псориазом .....	26
Проценко Т.В., Заблоцкая А.Г., Боряк С.А., Христуленко А.А. Клинико-дерматоскопические сопоставления в оценке эффективности терапии псориаза .....	33

## ОБЗОРЫ ЛИТЕРАТУРЫ

Пшеничная Е.В., Лимаренко М.П., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Кортгега А.А. Кожные проявления сахарного диабета .....	38
--	----

## КЛИНИЧЕСКИЕ СЛУЧАИ, НАБЛЮДЕНИЯ ИЗ ПРАКТИКИ

Белик И.Е., Романенко К.В., Кравец Е.В., Гупало Л.А., Гридасова В.Д. Случай липоидного некробиоза у больной с хроническим гепатитом неясного генеза .....	45
---	----

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

Беседина Е.И., Мельник В.А., Жадан Е.С., Ладыгина Ю.А., Агаркова Л.Д. Санитарно-паразитологические аспекты профилактических и противоэпидемических мероприятий наиболее распространенных гельминтозов в донецкой народной республике .....	49
--	----

## ПРОБЛЕМЫ ПЕДАГОГИКИ ВЫСШЕЙ ШКОЛЫ

Проценко Т.В., Проценко О.А., Провизион А.Н., Лукьянченко Е.Н., Тахташов И.Р., Горбенко А.С., Боряк С.А., Кузнецова В.Г., Корчак И.В. Опыт преподавания венерических заболеваний и инфекций, передающихся половым путем обучающимся смежных специальностей .....	53
--	----

ПО СЛЕДАМ КОНФЕРЕНЦИЙ .....	57
-----------------------------	----

## ИНФОРМАЦИЯ ДЛЯ АВТОРОВ

Требования к оформлению статей .....	62
Примеры оформления списка литературы. Межгосударственный стандарт (ГОСТ 7.1 - 2003). Библиографическая запись. Библиографическое описание: Общие требования и правила составления .....	64

## Contents

---

### ORIGINAL RESEARCH

- Yu. Kryuk, E. Kioseva, N. Kiosev** Role of hardiness in the formation of stress-induced states ..... 6
- E.N. Lukyanchenko** Long-term results of complex treatment and rehabilitation of late acne in women of active reproductive age ..... 12
- Protsenko O.A., Milus I.E., Protsenko O.I.** Medical technologies of correction of dry skin ..... 18
- Protsenko Tv, Milus Ie, Protsenko Oa, Korchak I.V.** The effectiveness of long-term therapy with doxycycline early and late acne ..... 22
- Protsenko O.A., Zoloto M.Yu., Kolesnikova I.A., Provizion A.N.** Morphological changes of the prostate gland in patients with the psoriasis. .... 26
- Protsenko T.V., Zablotskaya A.G., Boryak S.A., Khristulenko A.G.** Clinical-dermatoscopic comparisons in the evaluation of the effectiveness of psoriasis therapy ..... 33

### REVIEWS OF LITERATURE

- Pshenichnaya Ev, Bordyugova Ev, Dudchak Ap, M.P. Limarenko, A.A. Caterga** Skin diseases of sugar diabetes in children cutaneous manifestations of diabetes mellitus in children ..... 38

### CLINICAL CASES, OBSERVATIONS FROM PRACTICE

- I.Y. Belik, K.V. Romanenko, E.V. Kravets, L.A. Gupalo, V.D. Gridasova**  
Case of lipoid necrobiosis in patient with chronic hepatitis of unknown genesis..... 45

### TO HELP A PRACTICAL DOCTOR

- E.I. Besedina, V.A. Melnik, E.S. Zhadan, Yu.A. Lygina, L.D. Agarkova**  
Sanitary-parasitological aspects of preventive and anti-epidemic measures of most common helminthoses in the donetsk people's republic ..... 49

### PROBLEMS OF HIGHER SCHOOL PEDAGOGY

- Protsenko O.A., Provision A.N., Lukyanchenko E.N., Taktashov I. R., Boryak S. A., Kuznetsova V. G., Korchak, I. V** Experience of teaching of venereal diseases and infections transmitted by sexual training related specialties ..... 53

- FOLLOWING THE CONFERENCES** ..... 57

### INFORMATION FOR AUTHORS

- Requirements for registration of articles ..... 62
- Examples of the design of the list of literature. Interstate Standard (GOST 7.1 - 2003). Bibliographic record. Bibliographic description: General requirements and rules compiling ..... 64

## Глубокоуважаемые коллеги, дорогие друзья!



Дерматология и венерология – социально ориентированные области современной медицины, разделы которых затрагивают специалистов разного профиля. Последние достижения фундаментальных наук, в частности, молекулярной биологии и биологической генетики, биохимии, физиологии и мн. др., не просто меняют понимание основ функционирования кожи, но и подчас влекут за собой радикальный пересмотр сложившихся подходов к ведению пациентов (менеджменту) и лечению больных.

В последние десятилетия в распоряжении практического врача появилось множество монографий, учебников и учебных пособий, посвященных описанию разнообразных форм кожных и венерических болезней. Однако издание фундаментальных руководств не успевает за теми новшествами, которые предоставляет развивающаяся наука.

Диагностический и лечебный процесс – самые сложные и ответственные в деятельности врача. Прописать все без исключения относящиеся к ним факты и знания трудно. А применить все это к конкретному пациенту бывает еще сложнее. И в этом процессе огромное значение придается постоянному самосовершенствованию врача, его постоянной профессиональной подготовке, в которых колоссальное значение имеет обмен опытом и лучшими практиками, знакомство с последними достижениями не только в дерматовенерологии, но и на стыке специальностей.

Мы искренне надеемся, что представленные в номере работы будут полезны всем практикующим специалистам, заинтересованным в качественной медицинской практике.

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

Т.В. Проценко

УДК: 159.915:378.091.212

Крюк Ю.Я., Киосева Е.В., Киосев Н.В.

## РОЛЬ ЖИЗНЕСТОЙКОСТИ В ФОРМИРОВАНИИ СТРЕСС-ИНДУЦИРОВАННЫХ СОСТОЯНИЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

**Цель исследования** – определить роль жизнестойкости в формировании расстройств адаптации у студенческой молодежи.

**Материалы и методы исследования.** Проведено комплексное исследование психоэмоционального состояния 208 студентов младших курсов Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького обоих полов в возрасте от 17 до 21 года. Методы исследования: информационно-аналитический, клиничко-анамнестический, психодиагностический, статистический.

**Результаты.** Определена степень развития качества «hardy» (уровень жизнестойкости  $23,48 \pm 5,54$  балла) респондентов с нарушением адаптации (52,9% оценили субъективный уровень стресса как средний). Установлено, что слабо развитая жизнестойкость является фактором дезадаптации.

**Выводы.** Развитая жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента. Результаты проведенного исследования были положены в основу разработки комплексной поэтапной модели психопрофилактической работы в студенческой среде.

**Ключевые слова:** *расстройства адаптации, жизнестойкость, студенты, молодежь, стресс, университет.*

---

Адаптационные нарушения и расстройства составляют значительную долю как краевой, так и манифестной психопатологии непсихотического уровня. Студенческий возраст характеризуется уязвимостью к стресс-индуцированным состояниям в связи с высоким уровнем нагрузки в этот период жизни. Для многих девушек и юношей обучение в высшем учебном заведении (ВУЗе) – время значительных эмоциональных затруднений [1, 3, 4].

Особое внимание привлекают к себе студенты младших курсов учебных учреждений, столкнувшиеся с совокупностью стрессогенных событий. Расстройства адаптации и субклинические состояния оказывают выраженное негативное влияние на качество жизни, ведут к снижению эффек-

тивности образовательной деятельности, сопровождаются нарушениями отношений с другими людьми, повышают риск употребления психоактивных веществ и суицидов в студенческой среде [1, 3, 4].

Вышеизложенное определяет актуальность изучения значимости поведения молодежи в преодолении стресса и базируется на комплексе личностных ресурсов, в частности жизнестойкости.

**Цель исследования** – определить роль жизнестойкости в формировании расстройств адаптации у студенческой молодежи.

### **Материалы и методы исследования**

Для решения поставленной цели, нами, с соблюдением принципов биоэтики и деонтологии, было проведено ком-

плексное обследование 208 студентов младших курсов медицинского факультета ДонНМУ им. М. Горького: 145 (69,7%) девушек и 63 (30,3%) юноши в возрасте от 17 до 21 года.

Из всех обследованных, с помощью агломеративного метода минимальной дисперсии (кластеризация методом «к-средних») было сформировано три группы, в соответствие с диагностическими критериями МКБ-10: группа 1 - практически здоровые студенты:  $n = 150$  (72,1%), группа 2 - лица с признаками нарушения адаптации:  $n = 40$  (19,2%) и группа 3 - с признаками расстройств адаптации:  $n = 16$  (7,7%).

Методы исследования: информационно-аналитический, клиничко-анамнестический, психодиагностический, статистический.

Для определения уровня развития жизнестойкости использовали «Тест жизнестойкости», который является адаптацией опросника «Hardiness Survey» - Maddi et al., 1984 [7], русскоязычного «Теста жизнестойкости» скрининговой версии Е.М. Осина, 2013 [5]. Жизнестойкость («hardiness») - это система убеждений личности по отношению к сложным жизненным обстоятельствам и миру в целом, образует особый профиль устойчивой личности и включает в себя три компонента: вовлеченность, контроль и принятие риска.

Статистическую обработку полученных результатов проводили с помощью пакета программ Statistica for Windows 7.0.

### Результаты и их обсуждение

На первом этапе анализа полученных данных были определены основные составляющие жизнестойкости в трех группах девушек ( $n = 107$ ,  $n = 28$ ,  $n = 9$ ) и юношей ( $n = 43$ ,  $n = 12$ ,  $n = 7$ ) младших курсов по опроснику «Тест жизнестойкости». Результаты исследования приведены в табл. 1-2.

Установлено, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» («ЖС») (табл. 1, 2), у практически здоровых девушек и юношей ( $n = 107$ ;  $n = 43$ ) по сравнению с

нормативными данными отличаются в положительную сторону по всем шкалам теста (детально представлено в табл. 1, 2). Наблюдается меньше, чем в норме, разброс по этим средним значениям. Выявлен высокий разрыв min-max - от 14,0 до 36,0 у девушек и от 18,0 до 36,0 у юношей соответственно. Это свидетельствует о наличии высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у практически здоровых студентов, они более жизнеспособны и склонны чувствовать собственную значимость и ценность.

Высокие значения показателей по шкале «Принятие риска» характеризуют студентов как открытых опыту, убежденных в том, что все, что с ними происходит, способствует их развитию. Молодежь из первой группы способна воспринимать новые ситуации как вызов, а не как угрозу.

В первой группе получен высокий уровень статистической значимости гендерных различий: параметры жизнестойкости у юношей значительно выше, чем у девушек, а именно: показатель жизнестойкости ( $t = 4,24$ ;  $p < 0,001$ ), показатель контроля ( $t = 6,08$ ;  $p < 0,001$ ) и показатель принятия риска соответственно ( $t = 4,10$ ;  $p < 0,001$ ).

Установлено, что по шкале вовлеченность значимые различия между юношами и девушками во всей выборке ( $n = 208$ ) отсутствуют, это демонстрирует гендерное единство характеристики вовлеченности, присущей студенчеству. Обучение, общение с однокурсниками представляют собой источник ощущения вовлеченности, так как это качество равнозначно отображает период студенчества для обоих полов.

Для студентов второй группы установлены статистически значимые различия по шкале принятия риска: параметры девушек превышают юношей ( $t = 2,82$ ;  $p < 0,05$ ), то есть юноши с признаками нарушений адаптации оказываются несколько осторожнее в принятии решений, чем девушки.

Доказано отсутствие гендерных различий среди юношей и девушек из 3-й группы, им характерен низкий уровень развития жизнестойкости.

Таблица 1

Характеристика общего показателя и составляющих жизнестойкости девушек 1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (по опроснику «Тест жизнестойкости», скрининговой версии Е.Н. Осина, 2013), баллы

Шкала	Группа 1, n=107	Группа 2, n=28	Группа 3, n=9	Норма
Жизнестойкость	28,25±5,56; (14,0-36,0)	23,48±5,54; * (12,0-36,0)	18,94±5,37; *# (4,0-28,0)	24,62±6,89
Вовлеченность	10,17±2,08; (5,0-12,0)	8,0±2,47; * (3,0-12,0)	6,21±3,17; *# (0,0-12,0)	8,82±2,59
Контроль	9,08±2,05; (3,0-12,0)	7,71±1,75; * (4,0-12,0)	6,02±1,36; *# (2,0-9,0)	8,12±2,46
Принятие риска	9,01±2,15; (2,0-12,0)	7,77±2,28; * (1,0-12,0)	6,71±2,04; *◇ (2,0-11,0)	7,68±2,64

Примечания:

Группа 1, n=107 – практически здоровые девушки;

Группа 2, n=28 – девушки с признаками нарушения адаптации;

Группа 3, n=9 – девушки с признаками расстройств адаптации.

В табл.1-2:

\* – высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 1 на уровне  $p < 0,001$ ;

# – высокий уровень статистической значимости различий частоты с группой 2 на уровне  $p < 0,001$ ;

◇ – уровень статистической значимости различий частоты с группой 2 на уровне  $p < 0,05$ ;

Следующий этап исследования заключался в сопоставлении показателей «Теста жизнестойкости» среди исследуемого контингента: девушек (n = 107; n = 28; n = 9) и юношей (n = 43; n = 12; n = 7).

Как свидетельствуют полученные данные (табл. 1), среди девушек (n = 107; n = 28; n = 9) установлено статистически значимые различия ( $p < 0,001$ ) по всем шкалам опросника «Тест жизнестойкости» с четким закономерным снижением от группы 1-ой ко второй, от первой к 3-ей и от второй к 3-ей. Выявлено, что показатели теста основных составляющих жизнестойкости студенток второй группы находятся ниже нормы, а 3-й группы – существенно ниже нормы.

Установлено, что значение максимумов по шкале «вовлеченность» в трех группах соответствуют максимально возможному баллу (max = 12,0). Вместе с тем, значение минимумов «вовлеченности» у исследуемого контингента закономерно существенно отличается, а именно: min =

5,0 - в группе 1, min = 3,0 - в группе 2 и min = 0,0 - в группе 3, на уровне  $p < 0,001$ . Иными словами, у практически здоровых девушек развит компонент вовлеченности - они получают удовольствие от собственной деятельности. У студенток с признаками нарушения адаптации (2 группа) снижается чувство уверенности в себе.

Лица женского пола с признаками расстройства адаптации (3 группа) характеризуются низким уровнем качества вовлеченности, а иногда совсем отсутствием исследуемого конструкта (0,0), что порождает у них чувство отверженности, ощущение себя «вне жизни». Сниженная развитость «вовлеченности» у молодежи сопровождается устойчивой неудовлетворенностью своей деятельностью.

На этапе сопоставления показателей «Теста жизнестойкости» (табл. 2) среди юношей (n = 43; n = 12; n = 7) обнаружены аналогичные результаты.

Проведенное исследование позволило установить отчетливые различия вы-

Таблица 2

**Характеристика общего показателя и составляющих жизнестойкости юношей  
1-ой, 2-ой и 3-ей групп младших курсов университета (по опроснику  
«Тест жизнестойкости», скрининговой версии Е.Н. Осина, 2013), баллы**

Шкала	Группа 1, n=107	Группа 2, n=28	Группа 3, n=9	Норма
Жизнестойкость	29,96±5,72; (18,0-36,0)	22,53±5,61; * (12,0-34,0)	18,63±6,73; *# (9,0-30,0)	24,62±6,89
Вовлеченность	10,21±2,09; (5,0-12,0)	7,76±2,74; * (2,0-12,0)	6,05±2,72; * (1,0-12,0)	8,82±2,59
Контроль	10,07±2,15; (5,0-12,0)	7,85±2,17; * (3,0-12,0)	6,38±2,10; *◇ (3,0-12,0)	8,12±2,46
Принятие риска	9,67±2,01; (2,0-12,0)	6,92±2,42; * (2,0-11,0)	6,20±2,87; * (2,0-11,0)	7,68±2,64

*Примечания:*

*Группа 1, n=43 – практически здоровые юноши;*

*Группа 2, n=12 – юноши с признаками нарушения адаптации;*

*Группа 3, n=7 – юноши с признаками расстройств адаптации.*

деленных групп обследуемых по шкалам «жизнестойкость», «контроль» и «принятие риска». Выявлено, что средние значения шкал «Теста жизнестойкости» (табл. 1, 2), у девушек и юношей с признаками нарушений адаптации (n = 28 и n = 12) и расстройств адаптации (n = 9 и n = 7) по сравнению с нормативными данными отличаются в отрицательную сторону.

Полученные данные демонстрируют, что студенты второй группы не увлекались собственной деятельностью, быстро уставали от неразрешимых проблем, хотя выполняли учебные задачи. Они не пытались преодолеть трудности, возникшие в настоящее время, а откладывали их решение и не строили взаимоотношения с однокурсниками, часть учебной программы казалась им «пустой». На эмоциональном уровне это выражалось в появлении незначительного чувства тревожной напряженности и скованности, «небольшого волнения». Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно неприятное», что отразилось в пониженных значениях показателей самочувствия (3,95 ± 0,66 баллов), активности (3,89 ± 0,64 баллов) и

настроения (4,22 ± 1, 18 баллов) по методике «Самочувствие. Настроение. Активность» («САН»). Хотя, несмотря на перечисленные ощущения, студентам часто удавалось успешно подавлять состояние тревоги.

Проведенный корреляционный анализ связи между значением жизнестойкости и субшкалами О-С, DEP, ANX, а также индексами GSI, PSI (по шкале SCL - R - 90) [6] обследованных девушек второй группы (использовался коэффициент корреляции ранга Спирмана; достоверность по уровню p < 0,001 и p < 0,05) показал наличие слабого достоверного отрицательного корреляционной взаимосвязи между исследуемыми показателями: R = - 0,242, p < 0,005; R = -0,193, p < 0,025; R = -0,282; p < 0,001; R = -0,253, p < 0,003; R = -0,283, p < 0,001.

У исследуемых юношей второй группы доказана средней силы достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости и значениями по субшкалами О-С, INT, DEP и индексом GSI: R = - 0,476, p < 0,001; R = - 0,476, p < 0,001; R

= - 0,340,  $p < 0,014$ ;  $R = - 0,372$ ,  $p < 0,007$ . Установлена слабая достоверная отрицательная корреляционная взаимосвязь между значением жизнестойкости и индексами PDSI, PSI:  $R = - 0,296$ ,  $p < 0,033$ ;  $R = - 0,324$ ,  $p < 0,001$ , то есть, уровень развитости жизнестойкости может быть маркером оценки степени психологической адаптации к стрессовой ситуации.

По определению студентов 3-й группы, их не устраивала собственная деятельность. Они часто чувствовали себя брошенными, иногда юношеству казалось, что никому нет до них дела, что жизнь проходит мимо. Исследуемые так уставали, что уже ничто не могло их заинтересовать. Эти молодые люди стремились дистанцироваться в отношениях с ровесниками, часть учебной программы казалась им лишней. С точки зрения студентов, окружающие их недооценивали. Молодежь не корректировала свои планы в зависимости от обстоятельств. Исследуемые были недовольны своими предыдущими достижениями и не уверены в своем будущем. Кроме того, они предпочитали не рисковать. Эмоционально это состояние отражалось в ощущении беспокойства, тревоги, которая была иногда направлена в будущее. Молодежь оценивала свое состояние как «субъективно дискомфортное», что отразилось в снижении показателя самочувствия и значении его минимума (1,8 баллов), по методике «САН».

Доказано наличие достоверной средней силы отрицательной корреляционной взаимосвязи между показателями жизнестойкости девушек 3-й группы и значениями по субшкалами INT, DEP, индексами GSI и PDSI:  $R = - 0,487$ ,  $p < 0,002$ ;  $R = - 0,613$ ,  $p < 0,001$ ;  $R = - 0,328$ ,  $p < 0,04$ ,  $R = - 0,576$ ,  $p < 0,001$ . Установлено наличие гендерных различий, а именно: достоверная средней силы отрицательная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости юношей 3-й группы и значениями по субшкалами INT, O-C:  $R = - 0,617$ ,  $p < 0,001$ ;  $R = - 0,624$ ,  $p < 0,001$ . Определена

достоверная средней силы положительная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости юношей 3-й группы и значением субшкал PNOB:  $R = 0,693$ ,  $p < 0,001$ ; слабой силы положительная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости и значением индекса PSI:  $R = 0,351$ ,  $p < 0,05$ ; достоверная сильная положительная корреляционная взаимосвязь между показателями жизнестойкости исследуемых студентов и параметром по субшкале SOM:  $R = 0,717$ ,  $p < 0,001$ .

### Выводы

1. Установлено наличие высокой степени разнообразия признаков жизнестойкости у исследуемого контингента. Развитое личностное качество «hardiness» имеют 72,1% студентов. Показатели теста основных составляющих жизнестойкости у 19,2% молодежи находятся ниже нормы, а у 7,7% – существенно ниже нормы, что отображает континуум индивидуальных вариаций состояний психической дезадаптации, степени проявления адаптационных нарушений и выраженности сопутствующих психопатологических радикалов с широким спектром негативных эмоций: от «дискомфорта» до «паники».

2. Личности, эффективно преодолевающие трудности, имеют высокий уровень статистической значимости гендерных различий. Параметры жизнестойкости у юношей значительно выше, чем у девушек. Они склонны контролировать события в своей жизни больше, чем девушки.

3. Установлено, что слабо развитая жизнестойкость является фактором дезадаптации. Сформированная жизнестойкость выступает условием и признаком психического здоровья современного студента.

Жизнестойкость «hardiness» является общей мерой психического здоровья человека. Уровень психопатологической симптоматики и ее структура зависят от степени развития качества «hardiness».

## Список литературы

1. Александрова, Л. А. К концепции жизнестойкости в психологии [Электронный ресурс] / Л. А. Александрова // Сибирская психология сегодня : сб. научн. трудов. Вып. 2 / под ред. М. М. Горбатовой, А. В. Серого, М. С. Яницкого. Кемерово : Кузбассвузиздат, 2004. – С. 82–90. – Режим доступа: <http://institut.smysl.ru/article/alekseeva.php> (дата обращения: 10.12.2017). – Название с экрана.
2. Войцех, В. Ф. Нарушение адаптации и суицидальное поведение у молодежи / В. Ф. Войцех, Е. В. Гальцев // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – № 2. – С. 17–25.
3. Киосева, Е. В. Психопатологическая характеристика эмоциональной сферы у студентов младших курсов / Е. В. Киосева // Український вісник психоневрології. – 2016. – Т. 24, вип. 1 (86). – С. 60–63.
4. Крыжановский, Г. Н. Дизрегуляторная патология / Г. Н. Крыжановский // Дизрегуляторная патология. – М. : Медицина, 2002. – С. 18–78.
5. Осин, Е. Н. Краткая версия теста жизнестойкости: психометрические характеристики и применение в организационном контексте / Е. Н. Осин, Е. И. Рассказова // Вестник Московского университета. Психология. – 2013. – № 2. – С. 147–165.
6. Тарабрина, Н. В. Практикум по психологии посттравматического стресса [Текст] / Н. В. Тарабрина. – СПб. : Питер, 2001. – 272 с.
7. *The personality construct of hardiness, III: Relationships with Repression, Innovativeness, Authoritarianism, and Performance [Text]* / S. R. Maddi, R. H. Harvey, D. M. Khoshaba [et al.] // *Journal of Personality*. – 2006. – Vol. 74, issue 32. – P. 575–598. DOI: 10.1111/j.1467-6494.2006.00385.x.

Yu. Kryuk, E. Kioseva, N. Kiosev

## ROLE OF HARDINESS IN THE FORMATION OF STRESS-INDUCED STATES

Donetsk National Medical University M. Gorky

### Summary

**The Aim** – define the role of hardiness in the formation of adaptation disorders in students.

**Materials and methods.** The mental state of 208 university students was analyzed of both sexes was conducted at the age of 17–21 years. Research methods were informational and analytical, clinical and anamnestic, psychodiagnostic, statistical.

**Results.** The degree of development of such quality as hardiness was determined (hardiness level  $23.48 \pm 5.54$  grades) among the respondents having disorder of adaptation (52.9% estimated the subjective level of stress as an average). The underdeveloped hardiness was established to be a factor of deadaptation. The developed hardiness is a precondition and evidence of mental health of a modern student.

**Conclusions.** Developed hardiness is a condition and sign of the mental health of a modern student. The results of the study were used as the basis for the development of a comprehensive phased model of psycho-preventive work in the student environment.

**Keywords:** *adjustment disorder, hardiness, students, the youth, stress, university.*

*Е.Н. Лукьянченко*

## ОТДАЛЕННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПОЗДНИХ АКНЕ У ЖЕНЩИН АКТИВНОГО РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

**Цель** – оценить эффективность разработанного комплексного метода лечения и реабилитации поздних акне у женщин активного репродуктивного возраста.

**Материалы и методы.** Комплексно обследованы 23 женщины с поздними акне в возрасте от 20 до 35 лет. Биофизические параметры кожи (жирность, влажность, эластичность, эритема) до и после лечения определяли с помощью диагностического комплекса Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage –Khazaka electronic GmbH, Германия). Исследования проведены в 2 группах: основной (12 чел.), получавшей лечение по разработанному методу, и в группе сравнения (11 чел), пролеченных традиционно.

**Результаты.** Показано, что у всех больных основной группы количество открытых и закрытых комедонов уменьшилось больше, чем в 2 раза; значительно снизилось число воспалительных элементов сыпи на всех топографических зонах лица; глубокие воспалительные элементы регрессировали. Улучшились биофизические свойства кожи: жирность снизилась на 33,3%, количество пор уменьшились в 1,5 раза, увеличение увлажненности отмечено в 1,7 раза, эластичность повысилась на 10 %, а также наблюдалось уменьшение эритемы в 1,2 раза.

**Выводы.** Применение разработанного комплексного лечения поздних акне у женщин активного репродуктивного возраста обеспечило клиническую эффективность и способствовало более быстрому улучшению биофизических параметров кожи.

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

---

### **Актуальность**

Разработанные ранее программы лечения акне не учитывают возрастных особенностей изменений кожи, связанных с гормональной эволюцией организма женщин в различные периоды репродуктивного возраста [3]. Неудовлетворенность пациентов эстетическими результатами лечения требует нового подхода к лечебно-реабилитационным мероприятиям при поздних акне, что и явилось обоснованием проведения данного исследования [4].

### **Цель исследования**

– оценить эффективность разработанного комплексного лечения и реабилитации ПА и его отдаленные результаты у женщин активного репродуктивного возраста (АРВ).

### **Материалы и методы исследования**

Под наблюдением находилось 23 женщины с ПА в возрасте от 20 до 35 лет. Контрольную группу составили 8 условно здоровых женщин соответствующей возрастной группы. Все пациенты прошли общеклиническое и инструментальное обследование в

**Динамика невоспалительных элементов сыпи у женщин  
с ПА активного репродуктивного возраста в группах сравнения**

	Клинические проявления			
	Открытые комедоны		Закрытые комедоны	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
До лечения	15,2±1,2	16,9±2,1	22,4±2,1	21±1,8
Через 3 месяца	12,8±1,2	15,1±1,9	17,9±1,7	18,7±1,7
Через 6 месяцев	11,5±1,2	12,6±1,9	15,8±1,6	16,2±1,5
Через 9 месяцев	10,8±1,2	11,5±1,8	14,0±1,6	14,5±1,5
Через 12 месяцев	9,9 ±1,2	10,7±1,7	9,8±1,6	11,0±1,7

соответствие с принятыми стандартами [1]. Биофизические параметры кожи (жирность кожи, влажность, эластичность и степень эритемы) определяли до и после лечения с помощью приборно-диагностического комплекса для исследования состояния кожи Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage –Khazaka electronic GmbH, Германия) и выражали в условных единицах.

В зависимости от метода терапии больные были разделены на 2 репрезентативные группы: 1я группа – основная (12 чел.), получавших лечение по разработанному методу и 2я - группа сравнения (11 чел.), леченных традиционно.

Разработанный метод лечения включал, наряду с традиционной терапией, гормональную коррекцию (по назначению гинеколога-эндокринолога) и реабилитацию с использованием криотерапии и биоревитализации. Эффективность терапии оценивали по динамике регресса сыпи и биофизических параметров кожи через 3, 6, 9 и 12 месяцев.

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

### Результаты и их обсуждение

Анализ полученных результатов показал, что применение разработанного ком-

плексного лечения способствовало более быстрому как клиническому, так и биофизическому улучшению состояния кожи.

После лечения количество открытых комедонов в основной группе через 12 месяцев снизилось с 15,2±1,2 до 9,9 ±1,2, а в группе сравнения - с 16,9±2,1 до 10,7±1,7. Более отчетливое улучшение прослеживалось по количеству закрытых комедонов, число которых в основной группе снизилось с 22,4±2,1 до 9,8±1,6, а в группе сравнения с 21±1,8 до 11,0±1,7 (табл.1).

Известно, что закрытые комедоны являются прогностически неблагоприятным фактором при акне, обусловленным более выраженным нарушением гормонального фона и/или наличием патологии органов репродуктивной системы [2, 5].

Особенно выраженная динамика, подтверждающая эффективность разработанного метода лечения, была прослежена по анализу регресса воспалительных элементов сыпи. Так, количество воспалительных папул в основной группе уменьшилось с 12,1±1,1 до 0,6±0,2 через 12 месяцев, в группе сравнения с 12,6±1,0 до 1±0,3. Количество пустул в основной группе снизилось с 7,2±2,1 до 0,3±0,2 через 12 месяцев, а в группе сравнения с 7±1,1 до 1,1±0,3 (на 95,84 % и 84,3 % соответственно).

Подобная тенденция прослежена и по анализу динамики воспалительных кист, ко-

**Динамика воспалительных элементов сыпи у женщин  
с ПА активного репродуктивного возраста в группах сравнения**

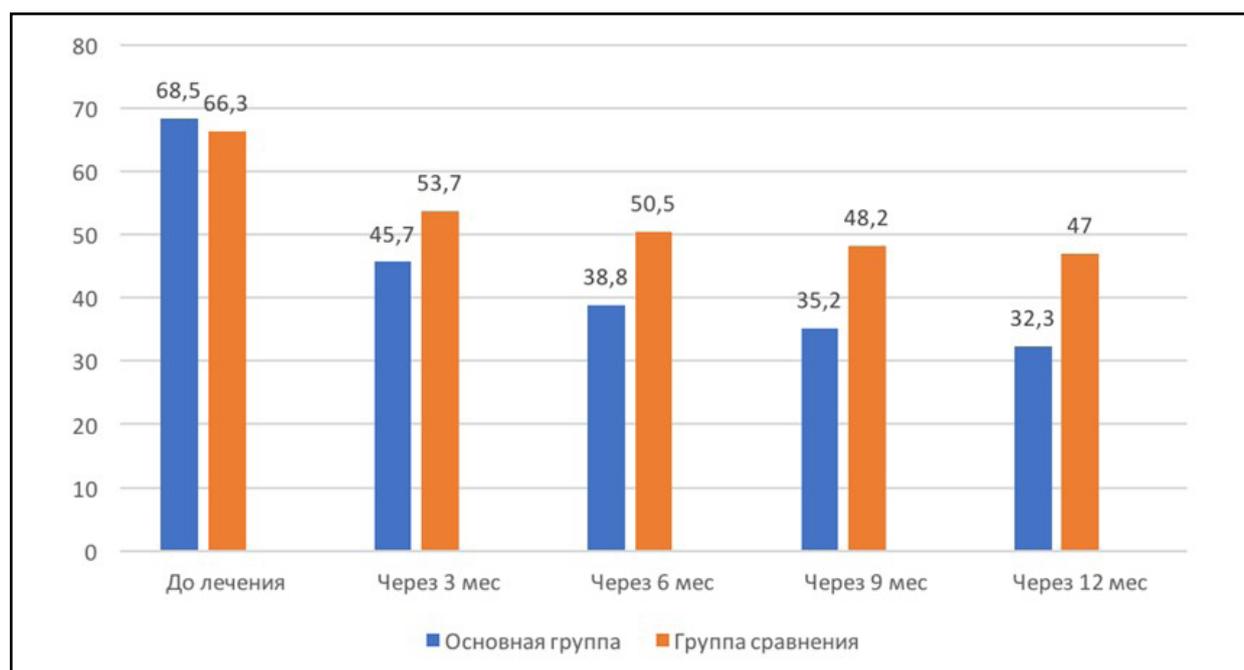
	Клинические проявления							
	Папулы		Пустулы		Кисты		Узлы	
	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения	Основная группа	Группа сравнения
До лечения	12,1±1,1	12,6±1,0	7,2±2,1	7±1,1	3,1±0,8	3,7±0,6	1,2±0,5	1,3±0,5
Через 3 мес.	7,9±0,7	10,1±1,0	5,1±1,5	5,4±1,0	1,8±0,6	2,2±0,6	0,8±0,4	0,9±0,3
Через 6 мес.	5,6±0,5	7,7±0,9	3±1,0	3,4±0,9	1,1±0,4	1,4±0,4	0,5±0,2	0,5±0,2
Через 9 мес.	2,8±0,4	5±0,7	2,6±0,8	2,6±0,7	0,5±0,29	0,8±0,3	0,33±0,2	0,4±0,2
Через 12 мес.	0,6±0,2	1±0,3	0,3±0,2	1,1±0,3	0,2±0,1	0,5±0,2	0,1±0,1	0,3±0,2

личество которых в основной группе снизилось с  $3,1±0,8$  до  $0,2±0,1$ , в группе сравнения с  $3,7±0,6$  до  $0,5±0,2$ ; количество узлов регрессировало с  $1,2±0,5$  до  $0,1±0,1$  в основной группе и с  $1,3±0,5$  до  $0,3±0,2$  в группе сравнения. Обращало внимание, что после лечения глубокие воспалительные элементы сыпи в основной группе или отсутствовали, или сохранялись в виде остаточных явлений (табл.2).

Клинический регресс воспалительных или невоспалительных элементов

сыпи при ПА сопровождался улучшением биофизических параметров кожи, более выраженному у женщин основной группы, комплексная терапия которых включала коррекцию гормональных нарушений, криотерапию и биоревитализацию.

Так, жирность кожи у больных ПА через 3 месяца лечения снизилась на 33,3%, в отличие от группы сравнения (на 19 %); через год – на 47% и 29% соответственно ( $p<0,05$ ) (рис.1).



**Рисунок 1.** Уровень жирности кожи в условных единицах до и после лечения.

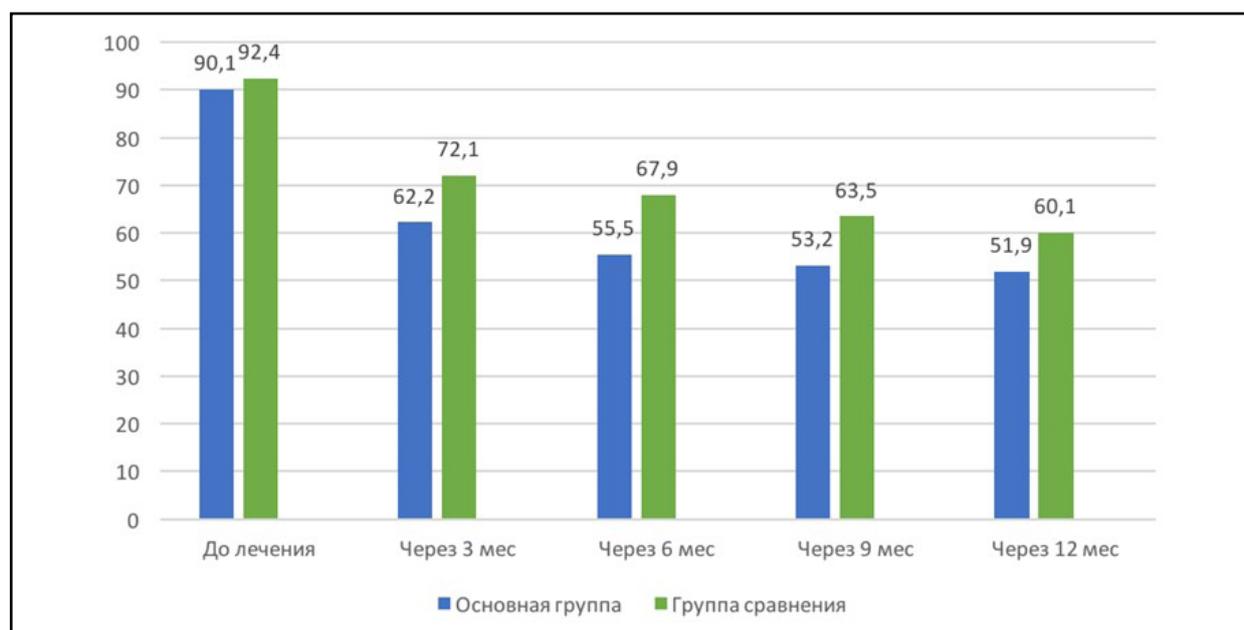


Рисунок 2. Количество пор в условных единицах до и после лечения.

Пористость кожи также в большей степени регрессировала у женщин основной группы, получавших лечение по разработанному методу. Количество пор в основной группе через 3 месяца уменьшилось с 90,1 до

62,2 в основной группе, в группе сравнения с 92,4 до 72,1. Через 12 месяцев количество пор у пациенток в основной группе уменьшилось на 46,8% и в группе сравнения лишь на 35 % (рис.2).

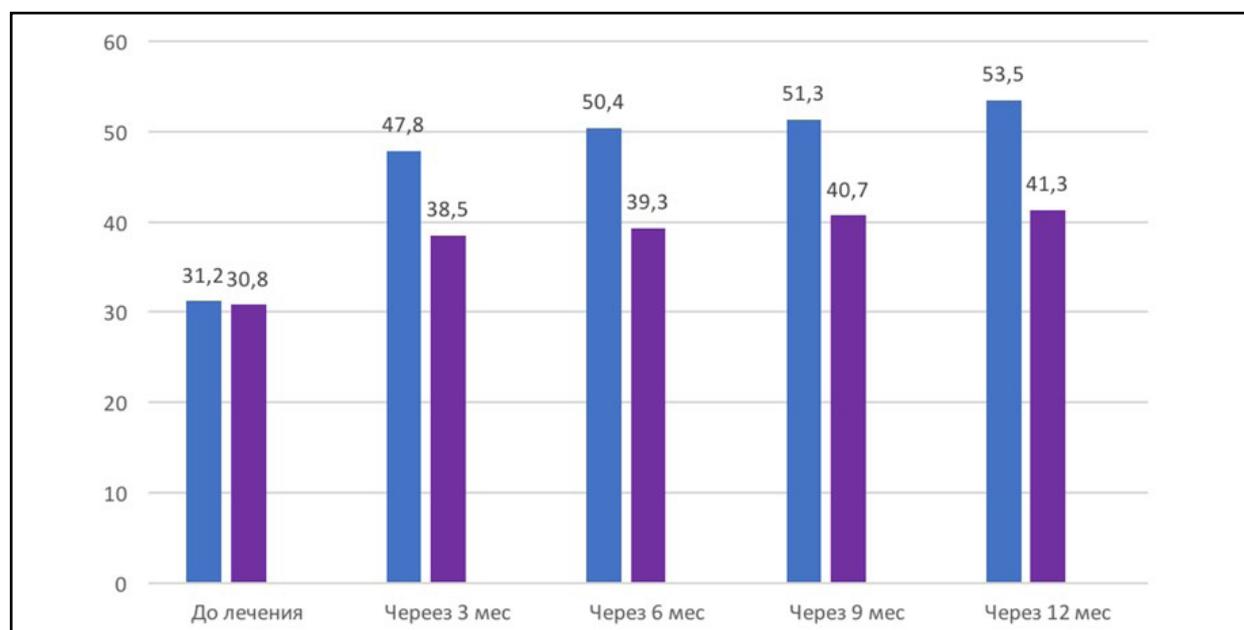
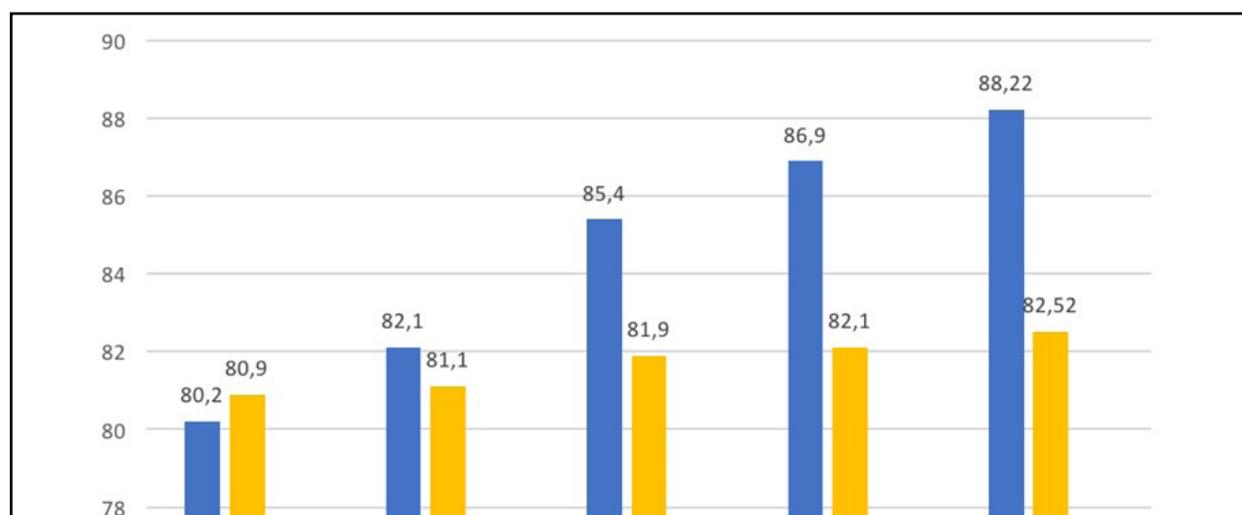


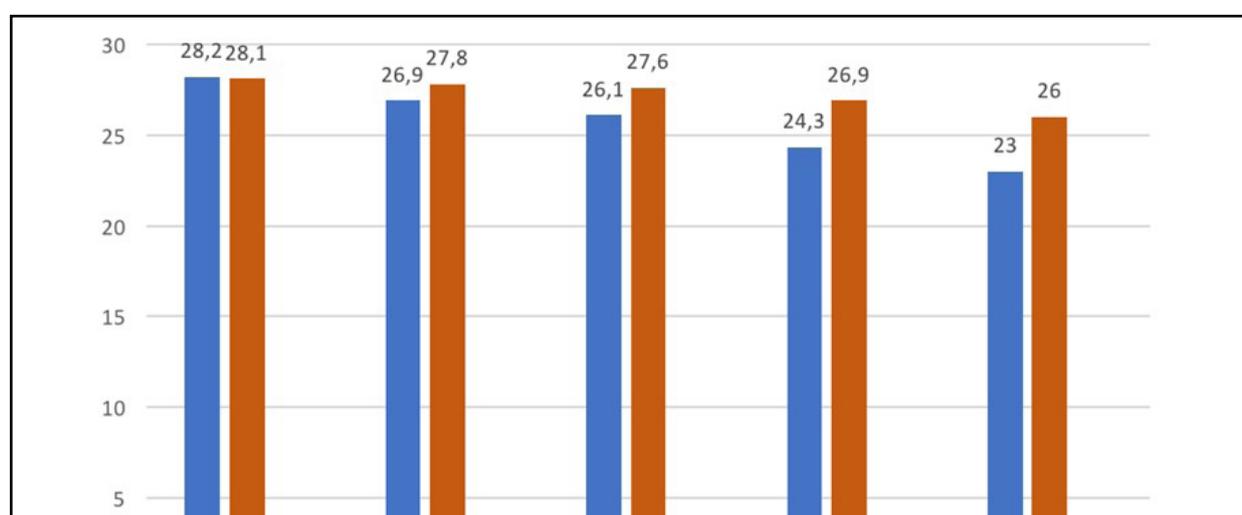
Рисунок 3. Уровень увлажненности в условных единицах до и после лечения.

Особое внимание обращало на себя увеличение гидратации кожи после лечения, достоверно повысившееся через 3 месяца после лечения с 31,2 ус.ед. до 47,8 ус.ед. у женщин основной группы, в среднем в 1,7

раза ( $p < 0,01$ ); а через год – на 41,7 %. В то же время, в группе сравнения уровень гидратации увеличился незначительно – с 30,8 ус.ед. до 38,5 ус.ед., т.е. в 1,3 раза ( $p > 0,2$ ); а через год лишь на 34% (рис.3).



**Рисунок 4.** Уровень эластичности в условных единицах до и после лечения.



**Рисунок 5.** Уровень эритемы в условных единицах до и после лечения.

Аналогичная динамика прослеживается и по эластичности кожи, которая повысилась на 10% в основной группе и только на 2% в группе сравнения ( $p < 0,01$ ) (рис.4)

Обращало внимание, что уровень эритемы через 3 месяца уменьшился в основной группе с 28,2 ус.ед. до 26,9 ус.ед., в группе сравнения – с 28,1 ус.ед. до 27,8 ус.ед., через 12 месяцев – в основной группе с 28,1 ус.ед. до 23,0 ус.ед. (на 17,86%), а в группе сравнения – лишь с 28,1 ус.ед. до 26,0 ус.ед. (на 7,15%), что отражалось не только на эстетическом виде кожи, но и на социальной адаптации пациенток (рис. 5).

Таким образом, проведенный анализ показал, что у всех больных ПА АРВ, наряду с улучшением клинических прояв-

ний дерматоза, улучшились биофизические свойства кожи (особенно в основной группе): жирность снизилась на 33,3% ( $p < 0,05$ ), количество пор уменьшились в 1,5 раза ( $p < 0,05$ ), увеличение увлажненности отмечено в 1,7 раза ( $p < 0,001$ ), эластичность повысилась на 10 % ( $p < 0,01$ ), наблюдалось уменьшение эритемы в 1,2 раза ( $p < 0,05$ ).

### Выводы

Анализ полученных результатов лечения показал, что разработанный комплексный метод лечения и реабилитации ПА способствовал более быстрому и стойкому клиническому улучшению кожи и ее биофизических свойств, чем традиционная терапия.

## Список литературы

1. Дерматовенерология 2010 [Текст]: клин. Рекомендации / Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-Пресса, 2010. - 430 С.
2. Голоусенко, И. Ю. Терапия акне у женщин с яичниковой гиперандрогенией и инсулинорезистентностью [Текст] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2013. - № 1. - С. 22-27.
3. Заднипрная, О.И. Качество жизни женщин репродуктивного возраста. Студенческая наука и медицина XXI века: традиции, инновации и приоритеты [Текст] / О.И. Заднипрная // X Всероссийская (84-я Итоговая) студенческая научная конференция с международным участием: сборник материалов. Самарский государственный медицинский университет; Студенческое научное общество. - 2016. - С.149.
4. Чайковская, Е. А. Гиалуроновая кислота в форме пролекарства? теоретические основы разработки препаратов и клиническая практика их применения [Текст] / Е. А. Чайковская, Е. З. Парсагашвили, Г. В. Софинская // Инъекционные методы в косметологии. - 2017. - № 2. - С. 28-43.
5. Акне как междисциплинарная проблема [Текст] / А. В. Новоселов [и др.] // Архив акушерства и гинекологии им. В.Ф. Снегирева. - 2017. - Т. 4, № 1. - С. 29-35.

*E.N. Lukyanchenko*

## LONG-TERM RESULTS OF COMPLEX TREATMENT AND REHABILITATION OF LATE ACNE IN WOMEN OF ACTIVE REPRODUCTIVE AGE

*Donetsk National Medical University M.Gorky*

### **Summary**

The aim is to evaluate the effectiveness of the developed complex method of treatment and rehabilitation of late acne in women of active reproductive age.

**Materials and methods.** Twenty-three women with late acne aged 20 to 35 years were examined in a comprehensive manner. The biophysical parameters of the skin (fat content, humidity, elasticity, erythema) were determined before and after treatment using the Multi Skin Test Center MC 900, VisioFace Quik (Courage-Khazaka electronic GmbH, Germany) diagnostic complex. The studies were conducted in 2 groups: the main group (12 people), who received treatment according to the developed method, and in the comparison group (11 patients), treated traditionally

**Results.** It was shown that in all patients of the main group the number of open and closed comedones decreased more than 2 times; significantly reduced the number of inflammatory elements of the rash in all the topographic areas of the face; deep inflammatory elements regressed. The biophysical properties of the skin improved: the fat content decreased by 33.3%, the number of pores decreased by 1.5 times, the increase in moisture content was 1.7 times, the elasticity increased by 10%, and the erythema decreased by 1.2 times.

**Conclusions.** The use of the developed complex treatment of late acne in women of active reproductive age provided clinical efficacy and contributed to a faster improvement in the biophysical parameters of the skin.

**Keywords:** *late acne, treatment, women, active reproductive age.*

УДК 615.838.03:616.5

*Проценко О.А., Милус И.Е., Проценко О.И.*

## МЕДИЦИНСКИЕ ТЕХНОЛОГИИ КОРРЕКЦИИ СУХОСТИ КОЖИ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

**Цель** - оценить эффективность эмолиента в коррекции сухости кожи атопического и псориазического генеза.

**Материал и методы.** Обследованы 30 женщин в возрасте от 19 до 45 лет, в т.ч. с проявлениями сухости кожи атопического генеза (10 чел.), псориазического генеза (10 чел.) и 10 женщин без проявлений сухости кожи. С целью увлажнения использован крем Атодерм Интенсив. Клиническую оценку сухости кожи проводили по 3-х бальной системе, где 0 баллов - отсутствие сухости; 1 балл – незначительная сухость, 2 балла – умеренная, 3 балла – выраженная сухость. Показатели гидратации кожи определяли с использованием аппарата SOFT Plus (Callegari, Италия) методом корнеометрии. Исследования проведены до- и через 4 недели воздействия.

**Результаты.** Степень выраженности сухости кожи через 4 недели ежедневного применения Атодерм Интенсив уменьшилась при атопической сухой коже с  $2,84 \pm 0,75$  балла до  $0,78 \pm 0,07$  балла; при псориазической – с  $2,51 \pm 0,42$  балла до  $0,68 \pm 0,08$  балла ( $p \leq 0,01$ ). Повышение гидратации кожи отмечено при атопической сухости кожи (почти в 2,5 раза): с  $21,1 \pm 2,75$  ус.ед. до  $53,8 \pm 3,44$  ус.ед.; при псориазической сухости – с  $29,5 \pm 3,15$  ус.ед. до  $51,7 \pm 4,12$  ус.ед.

**Выводы.** Эмолиенты должны быть средством первого выбора при коррекции сухости кожи различного генеза как на этапе лечения дерматозов, так и при профилактическом лечебно-косметическом уходе за кожей.

**Ключевые слова:** *сухость кожи, псориаз, атопический дерматит, лечебно-косметический уход.*

---

### **Актуальность**

Сухость кожи - гетерогенный клинический синдром, развивающийся вследствие разнообразных экзо- и эндогенных факторов, но при этом всегда отражающий нарушение барьерной функции кожи, отягощающий течение дерматоза и влияющий на эффективность терапии [1, 3, 4]. Доказано, что сухость кожи повышает ее проницаемость для аллергенов, антигенов, лекарственных препаратов, усиливая риск их резорбции и формирования побочных эффектов [6 - 9]. Сухость кожи при атопическом дерматите (АД) обуславливает ее

повышенную чувствительность к раздражению иммунного и неиммунного генеза; снижение порога зуда («зудящая кожа») и склонность к инфекциям [1, 6, 8, 9]. Именно это послужило обоснованием включения эмолиентов в протоколы лечения больных как обязательного этапа наружной терапии [2].

Эмолиенты – достаточно большой и разнообразный спектр средств косметики, которые за счет различных механизмов, обусловленных входящими в них активными компонентами, уменьшают трансэпидермальную потерю влаги (ТЭПВ), восста-

навливают нарушенный водный, липидный или водно-липидный баланс кожи. Эмолиенты отличаются технологией производства, натуральностью состава, особенностями механизма действия. С позиций риска комедогенности и в зависимости от доли жировых компонентов, условно предложено выделять «легкие» (доля жировых компонентов до 50%) и «тяжелые» (доля жировых компонентов более 50%) эмолиенты [2]. Разработаны медицинские технологии ежедневного ухода за потенциально сухой кожей, очень сухой кожей различного генеза, сухой чувствительной кожей, сухой кожей различных топографических регионов (лицо, руки, тело) [2, 3, 4, 6].

Несмотря на доказанную значимость проблемы терапии сухости кожи, не всегда должным образом используют пролонгированную гидратацию кожи с целью повышения эффективности терапии хронических дерматозов.

В связи с этим, целью работы было определить эффективность эмолиента в коррекции сухости кожи атопического и псориатического генеза.

### Материал и методы исследования

Под наблюдением находились 30 женщин в возрасте от 19 до 45 лет, в том числе с проявлениями сухости кожи атопического генеза (10 чел.), псориатического генеза (10 чел.) и 10 женщин без проявлений сухости кожи.

Критериями включения женщин в исследование было: наличие сухости кожи псориатического или атопического генеза вне периода обострения дерматоза; информированное согласие на участие в исследовании.

Критерии исключения: прогрессирующее дерматоза (атопического дерматита, псориаза); наличие инфекционных (вирусных, бактериальных, микотических) дерматозов; сопутствующая эндокринная или тяжелая соматическая патология; беременность или кормление грудью, не готовность выполнять рекомендации специалиста.

Методика исследования: всем пациентам проведен предварительный дерматологический осмотр с определением состояния кожи, степени выраженности сухости, шелушения. С целью увлажнения кожи использовали крем Атодерм Интенсив, который наносили на предварительно очищенную влажную кожу из расчета 0,5 г на 2% площади тела (приблизительно – площадь 2-х ладоней пациента), легкими массажными движениями 1-2 раза в день, в зависимости от потребности, в течение 1 месяца. Атодерм Интенсив представляет собой оригинальный дермо-консолидирующий эмолиент (Skin Barrier Therapy) с ультранасыщенной нелипкой текстурой нового поколения.

Эффективность воздействия оценивали клинически и по динамике биофизических параметров кожи. Клиническую оценку сухости кожи проводили по 3-х бальной системе, где 0 баллов - отсутствие сухости; 1 балл – незначительная сухость, 2 балла – умеренная, 3 балла – выраженная сухость. Биофизические параметры кожи оценивали 2хкратно: до- и после 4-хнедельного применения крема Атодерм Интенсив по показателям гидратации кожи с использованием аппарата SOFT Plus (Callegari, Италия). Измерение увлажненности кожи проводили методом корнеометрии специальными датчиками в соответствии с предлагаемыми программами. Результат корнеометрии высвечивался на экране компьютера и выражался в условных единицах (ус.ед.).

Статистическая обработка результатов проведена по стандартной методике на персональном компьютере.

### Результаты и их обсуждение

При анализе исходного состояния кожи отмечено, что выраженную сухость кожи (3 балла) имели 9 из 10 пациентов с атопической сухой кожей (средний балл  $2,84 \pm 0,75$ ), 7 из 10 женщин с псориатической кожей (средний балл  $2,51 \pm 0,42$ ).

Терапевтический эффект воздействия установлен уже в конце первой

недели у всех 20 женщин с сухой кожей различного генеза. Степень выраженности сухости кожи через 4 недели ежедневного применения Атодерм Интенсив уменьшилась при атопической сухой коже с  $2,84 \pm 0,75$  балла до  $0,78 \pm 0,07$  балла; при псориатической – с  $2,51 \pm 0,42$  балла до  $0,68 \pm 0,08$  балла ( $p \leq 0,01$ ).

Повышение гидратации кожи отмечено у всех обследуемых женщин, но особенно выраженное при атопической сухости кожи (почти в 2,5 раза): с  $21,1 \pm 2,75$  ус.ед. до  $53,8 \pm 3,44$  ус.ед.; при псориатической сухости – с  $29,5 \pm 3,15$  ус.ед. до  $51,7 \pm 4,12$  ус.ед.

Все пациенты отметили косметическую приемлемость препарата, быструю впитываемость, хорошую переносимость и высокую эффективность.

Таким образом, дермо-консолидирующий смягчающий эмолиент Атодерм Интенсив показал хорошую переносимость и высокую эффективность при сухости кожи различного генеза, может быть вариантом

первого выбора при лечебно-косметическом уходе как на этапе лечения, так и последующем ведении пациентов.

### Выводы

1. Дермо-консолидирующий смягчающий эмолиент Атодерм Интенсив обладает хорошей переносимостью и эффективностью при решении проблем сухости кожи различного генеза (атопического, псориатического или др.).

2. Эмолиенты должны быть средством первого выбора при коррекции сухости кожи у детей и взрослых, как ограниченной, так и универсальной.

3. Ежедневное использование в течение 4-х недель эмолиентов позволяет восстановить нарушенные биофизические параметры кожи, тем самым укрепить барьерные функции кожи, что имеет большое значение как на этапе лечения дерматозов, так и при профилактическом лечебно-косметическом уходе за кожей.

## Список литературы

1. Атопический дерматит [Текст]: Руководство для врачей / Под ред. проф. Т.В. Проценко. – Донецк: Східний видавничий дім. – 2003. – 126 с.
2. Калюжная, Л.Д. Европейские рекомендации по лечению атопического дерматита 2011 года: анализ современных технологий топической терапии [Текст] / Л.Д. Калюжная, Г.А. Слабкий, А.В. Горбенко //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – № 2 (45). – С.52- 60.
3. Кочергин, Н.Г., Проблемы терапии сухой кожи [Текст] / Н.Г. Кочергин, Т.А. Белоусова // Лечащий врач. – 2008. – №9. – С.8 – 10.
4. Монахов, С.А. Средства лечебной косметики в комплексной терапии атопического дерматита [Текст] / С.А. Монахов, А.Е. Богадельникова //Клиническая дерматология и венерология. – 2008.- № 4. – С. 92 - 94.
5. Притуло, О.А. Эмолиенты и медицинские технологии коррекции синдрома сухой кожи в дерматологической и косметологической практике [Текст] / О.А. Притуло, А. А. Горбенко //Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2012. – №2(45). – С. 82 – 91.
6. 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.
7. Проценко, О.А., Динамика параметров кожи у больных псориазом в процессе фототерапии [Текст] / О.А. Проценко, И.Н. Богатырева, А.Г. Заблоцкая, //Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – 2013. – Вып.7. – С. 28 – 32.

8. Misery L. *How the skin reacts to environmental factors* [Text] / L. Misery // JEADV. – 2007. – Vol.21, N 2. – P. 5 - 7.
9. Pons-Guiranud A. *Dry skin in dermatology: a complex physiopathology*[Text] / A. Pons-Guiranud // JEADV. – 2007. – Vol.21, N 2. – P. 1 - 4.

*Protsenko O.A., Milus I.E., Protsenko O.I.*

## MEDICAL TECHNOLOGIES OF CORRECTION OF DRY SKIN

*Donetsk National Medical University M.Gorky*

### **Summary**

**The aim** is to evaluate the effectiveness of the emotion in the correction of dry skin atopic and psoriatic genesis.

**Material and methods.** We examined 30 women aged 19 to 45 years, incl. with manifestations of dry skin atopic genesis (10 people), psoriatic genesis (10 people) and 10 women without manifestations of dry skin. For the purpose of moistening, Atoderm Intensive cream is used. Clinical evaluation of skin dryness was carried out on a 3-point system, where 0 points - the absence of dryness; 1 point - insignificant dryness, 2 points - moderate, 3 points - pronounced dryness. The skin hydration parameters were determined using the SOFT Plus apparatus (Callegari, Italy) by corneometry. Studies were carried out before and after 4 weeks of exposure.

**Results.** The degree of dryness of the skin after 4 weeks of daily use of Atoderm Intensive decreased with dry atopic dry skin from  $2.84 \pm 0.75$  points to  $0.78 \pm 0.07$  points; when psoriatic, from  $2.51 \pm 0.42$  points to  $0.68 \pm 0.08$  points ( $p \leq 0.01$ ). The increase in skin hydration was noted with atopic dryness of the skin (almost 2.5 times): from  $21.1 \pm 2.75$  U.S. up to  $53.8 \pm 3.44$  units; at psoriatic dryness - from  $29,5 \pm 3,15$  UU. up to  $51.7 \pm 4.12$  units

**Conclusions.** Emulients should be the first choice for correcting the dryness of the skin of different genesis both at the stage of treatment of dermatoses and with preventive medical and cosmetic skin care.

**Keywords:** *dry skin, psoriasis, atopic dermatitis, medical-cosmetic.*

УДК 616.53-002.34-085:615.263

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

## ЭФФЕКТИВНОСТЬ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ДОКСИЦИКЛИНОМ РАННИХ И ПОЗДНИХ АКНЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

**Цель работы** – оценить эффективность длительной и кратковременной антибиотикотерапии при ранних и поздних акне.

**Материал и методы.** Комплексно пролечены 143 больных: с ранними акне - 42,7%, с поздними акне – 57,3, из них мужчин 18,9%, женщин – 81,1%, в возрасте от 18 до 60 лет. В зависимости от метода лечения больные методом случайной выборки были распределены на 2 группы: 1-я -70 больных, получавших терапию доксициклином в течение 3-х месяцев; 2-я группа -73 больных получали доксициклин коротким курсом в течение 10-14 дней. Оценивали ближайшие и отдаленные результаты лечения (по продолжительности ремиссии и степени выраженности обострений).

**Результаты и их обсуждения.** Клинически полная ремиссия достигнута на 15-й день лечения у 50,3% больных, значительно чаще при ранних акне, чем при поздних – 62,3% и 41,5% больных соответственно. Рецидивы в течение 12 месяцев наблюдения были у 40,6% больных, при поздних акне – у 45,1%; при ранних акне – у 34,4%.

**Выводы.** Антибактериальная терапия акне дает более выраженный эффект при ранних акне, чем при поздних акне, при этом при кратковременной антибактериальной терапии количество рецидивов почти в 2 раза больше, чем при длительном (до 3-х месяцев) приеме доксициклина.

**Ключевые слова:** акне, лечение, длительная и краткосрочная антибактериальная терапия.

---

### **Актуальность**

Акне до настоящего времени остается одной из самых распространенных кожных патологий, которая, начинаясь в подростковом периоде, может продолжаться десятилетия при наличии фоновой соматической и/или эндокринной патологии и неадекватности терапии [1, 3, 6]. Принятые стандарты лечения включают 3 основных направления системной болезни-модифицирующей терапии: системные антибиотики доксициклинового ряда, обладающие избирательной активностью к «дирижеру» микробного воспаления при акне - *Propionbacterium acnes* и троп-

ностью к сально-волосяному фолликулу; гормональная терапия – комбинированные оральные контрацептивы (при лечении девушек и женщин с нарушениями ментсруального цикла) и системные ретиноиды, назначаемые, преимущественно, при тяжелых формах дерматоза [2, 4, 5]. В то же время рекомендуемые протоколы лечения одинаковы как для ранних, так и для поздних акне, не учитывая гендерные и возрастные особенности дерматоза.

В связи с этим целью работы было оценить эффективность длительной и кратковременной антибиотикотерапии при ранних и поздних акне.

Таблица 1

**Распределение больных ранними и поздними акне в зависимости от продолжительности антибактериальной терапии**

Группы сравнения/ вид акне	Всего, абс./%	Ранние акне, абс./%	Поздние акне, абс./%
1 группа	73/51,0	31/42,5	42/57,5
2 группа	70/49,0	30/42,8	40/57,2
Всего, абс./%	143/100,0	61/42,7	82/57,3

### Материал и методы исследования

Под наблюдением было 143 больных, в т.ч. с ранними акне - 61 (42,7+4,1%), поздними акне – у 82 (57,3+3,3%) больных, из них мужчин 27 (18,9+3,3%), женщин – 116 (81,1+3,3%), в возрасте от 18 до 60 лет.

Все пациенты до начала терапии обследованы в соответствии с принятыми протоколами лечения. По показаниям обследованы на демодекс. При анализе особенностей клинических проявлений акне и оценке тяжести дерматоза выделяли 4 степени в зависимости от морфологии сыпи и распространенности поражения [5]. В исследование были включены только пациенты с папуло-пустулезной формой дерматоза, 2-3 степени тяжести, которым была показана антибактериальная терапия.

В зависимости от метода лечения больные методом случайной выборки были распределены на 2 группы. В 1-й группе (70 чел.) больные получали длительную терапию доксициклином в течение 3-х месяцев в следующем режиме: по 100 мг 2 раза в день в течение 14 дней, затем по 100 мг 1 раз в день 2 недели, затем по 50 мг 1 раз в день до 3 месяцев. Во 2-й группе (73 чел.) больные получали доксициклин коротким курсом по 100 мг 2 раза в день в течение 10-14 дней. Помимо доксициклина, пациенты обеих групп получали витаминотерапию, аутогемотерапию, пребиотики, гепатопротекторы, наружное лечение, физиотерапию. Обе сравниваемые группы были сопоставимы по формам акне (табл.1).

Оценивали ближайшие (по регрессу воспалительных элементов сыпи) и отдаленные результаты лечения (по продолжительности ремиссии и степени выраженности обострений).

Полученные результаты обрабатывали статистически по общепринятым критериям на персональном компьютере.

### Результаты и их обсуждение

Анализ анамнеза показал, что у ежемесячные рецидивы акне были у 11 (7,7%) больных, в т.ч. у 8 (13,1%) больных ранними акне и у 3 (3,7%) больных с поздними акне. 3-4 рецидива в год были у 32 (22,4%) больных, в т.ч. у 20 (32,8%) больных с ранними акне и у 12 (14,6%) больных с поздними акне. У большей части пациентов – у 100 (69,9%) больных отмечали 2-3 рецидива в год, в т.ч. у 33 (54,1%) больных ранними акне и у 67 (81,7%) больных поздними акне.

При анализе особенностей клинических проявлений акне у пациентов обеих групп, как при ранних, так и при поздних акне, отмечено поражение 4-х топографических регионов (лицо, шея, спина, грудь). При этом на лице количество воспалительных папул и пустул было от 50 до 70.

Переносимость лечения в обеих группах была удовлетворительной. Явлений кандидоза или дисбактериоза кишечника, требующих отмены лечения, не наблюдали ни в одном из 143 случаев.

Регресс воспалительных элементов сыпи в обеих группах существенно не отличался. Так, пустулизация и воспалительная инфильтрация в очагах поражения регрессировала на 9-14 день лечения в 1 –й группе и на 11-16-й день – во 2-й группе. Клинически полная ремиссия достигнута на 15-й день лечения у 72 (50,3%) больных, значительно чаще при ранних акне, чем при поздних – 38

Таблица 2

Количество рецидивов акне в зависимости от вида терапии и формы дерматоза

Группы сравнения / формы акне	Всего, n=143, абс./%	Ранние акне, n=61, абс./%	Поздние акне, n=82, абс./%
1 группа, n=73	38/52,1	14/22,9	24/29,3
2 группа, n=70	20/28,6	7/11,5	13/15,9
Всего, абс./%	58/40,6	21/34,4	37/45,1

(62,3%) и 34 (41,5%) больных соответственно. Более показательным оказалось сравнение отдаленных результатов лечения – через 6 и 12 месяцев наблюдения. Так, рецидивы акне после антибактериальной терапии в течение 12 месяцев наблюдения выявлены у 58 (40,6%) больных, практически у каждого второго с поздними акне – у 37 (45,1%) и лишь у каждого третьего с ранними акне – у 21 (34,4%) (табл.2).

При сопоставлении с видом терапии установлено, что при кратковременной антибактериальной терапии количество рецидивов почти в 2 раза больше, чем при длительном (до 3-х месяцев) приеме доксициклина – 38 (52,1%) и 20 (28,6%) больных соответственно. При этом при ранних акне длительная антибактериальная терапия почти в 2 раза эффективнее, чем кратковременная: рецидивы в течение 12 месяцев были у 14 (22,9%) больных 1-й группы и лишь у 7 (11,5%) больных 2-й группы; при поздних акне - у 24 (29,3%) и 13 (15,9%) больных соответственно.

Таким образом, длительный курс антибактериальной терапии по разработанной методике при комплексном лечении больных папуло-пустулезной формой акне показал хорошую переносимость и эффективность, особенно при ранних акне.

### Выводы

1. Показано, что при хорошей переносимости и эффективности, антибактериальная терапия акне дает более выраженный эффект при ранних акне, чем при поздних акне. Рецидивы в течение 12 месяцев были у 45,1% больных поздними акне и лишь у 34,4% больных ранними акне.

2. При сопоставлении с продолжительностью антибактериальной терапии установлено, что при кратковременной антибактериальной терапии количество рецидивов почти в 2 раза больше, чем при длительном (до 3-х месяцев) приеме доксициклина – 38 (52,1%) и 20 (28,6%) больных соответственно.

### Список литературы

1. Болотная, Л.А. Современные подходы и средства лечения угревой болезни [Текст] / Л. А. Болотная // Дерматовенерология, косметология, сексология. – 2008. – № 1-2 (11). – С. 174 – 178.
2. Дерматовенерология 2010 [Текст]: клин. Рекомендации / Под ред. А.А. Кубановой. - М.: ДЭКС-Пресса, 2010. - 430 С.
3. Калюжная, Л.Д. Тяжелые формы угревой болезни [Текст] / Л. Д. Калюжна // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – № 6-7. – С. 18-22.
4. Юнидокс солютаб в комплексном лечении больных угревой болезнью [Текст] / Т. В. Проценко и [и др.]//Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. - №2. – С. 51-52.
5. Katsambas, A.D. European Handbook of Dermatological Treatment [Text] / A.D. Katsambas, T.M. // Lotti. – Springer, 1999. – P.3-11.
6. Study of psychological stress, sebum production and acne vulgaris in adolescents [Text] / G. Yosipovich, M. Tang, A. Dawn [et al.] // Acta Dermato-Venerol. – 2007. – Vol. 87, No 2. – P. 135-139.

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

## THE EFFECTIVENESS OF LONG-TERM THERAPY WITH DOXYCYCLINE EARLY AND LATE ACNE

*Donetsk National Medical University M.Gorky*

### **Summary**

**The aim** of the work is to evaluate the effectiveness of long-term and short-term antibiotic therapy for early and late acne.

**Material and methods.** 143 patients were treated with complex: with early acne - 42.7%, with late acne - 57.3, of them men - 18.9%, women - 81.1%, at the age of 18-60. Depending on the method of treatment, patients were randomly assigned to 2 groups: 1st -70 patients who received doxycycline therapy for 3 months; The 2 nd group -73 patients received doxycycline with a short course for 10-14 days. The immediate and long-term results of treatment (on the duration of remission and the degree of exacerbation) were evaluated.

**Results.** Clinically complete remission was achieved on the 15th day of treatment in 50.3% of patients, significantly more often with early acne than in late acne, 62.3% and 41.5% of patients, respectively. Relapses during 12 months of observation were in 40.6% of patients, with late acne - in 45.1%; at early acne - at 34,4%.

**Conclusions.** Antibacterial therapy of acne gives a more pronounced effect in early acne than with late acne, while with short-term antibiotic therapy the number of relapses is almost 2 times greater than with long-term (up to 3 months) doxycycline.

**Keywords:** *acne, treatment, long-term and short-term antibacterial therapy.*

УДК: 616.65-091:616.517

Проценко О.А.<sup>1</sup>, Золото М.Ю.<sup>2</sup>, Колесникова И.А.<sup>1</sup>, Провизион А.Н.<sup>1</sup>

## МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ

Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького<sup>1</sup>  
Республиканское бюро судебно-медицинской экспертизы<sup>2</sup>

### Резюме

**Целью работы** было выявить особенности морфологических изменений в предстательной железе при псориазе.

**Материалы и методы.** Проведен клиничко-анатомический анализ 6 секционных наблюдений мужчин с бляшечным псориазом, погибших от различных причин. Морфологически исследовали биоптаты кожи предстательной железы по общепринятой методике, окрашивали гематоксилином и эозином, по ван-Гизону. Изучали под светоптическим микроскопом Olympus BX-40 с цифровой фотокамерой Olympus U-TV1X с программным обеспечением Olympus DP-Soft.

**Результаты.** При гистологическом исследовании пораженной кожи во всех 6 случаях наблюдали выраженный акантоз, гиперкератоз, паракератоз с утолщенным роговым слоем, содержащим гиперхромные ядра, очаговые лимфо-гистиоцитарные инфильтраты в сосочковом и сетчатом слоях дермы. При морфологическом исследовании предстательной железы во всех ее зонах выявлены однотипные изменения, проявляющиеся в различной степени выраженности явлениями хронического воспаления с очаговыми и / или диффузными лимфоплазмочитарными инфильтратами, с единичными или немногочисленными сегментоядерными лейкоцитами, микроциркуляторными нарушениями, стромальными изменениями.

**Выводы.** Выявленные морфологические изменения в предстательной железе отражают наличие хронического иммунозависимого воспаления, характерного для системного псориазического поражения соединительной ткани, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактической тактики.

**Ключевые слова:** псориаз, морфологические изменения, кожа, предстательная железа.

---

### Актуальность

До настоящего времени дискутируется концепция патогенеза псориаза, остаются противоречивыми мнения о характере наблюдаемой патологии внутренних органов при псориазе, которые некоторые авторы рассматривают как сопутствующую или ко-морбидную патологию [1, 5], а другие – как псориазическую болезнь [2, 4, 9 – 15].

Наиболее полные морфологические исследования внутренних органов при псориазе

были проведены под руководством профессора В.Г. Шлопова и отражены в защищенных диссертационных работах: докторская диссертация Т.И. Шевченко («Патологическая анатомия псориазической болезни, 1997»), кандидатские диссертации: М.Л. Гумановская («Морфология центральных и периферических органов иммуногенеза», 1992), И.В. Свистунов («Морфология и морфогенез поражений сердечно-сосудистой системы при псориазе», 1993), Л.И. Волос («Структурные

изменения в почках при различных формах псориаза», 1997) [2, 4, 9, 10].

Морфологически на аутопсийном материале при анализе более 100 секционных случаев с использованием гистологических, иммуногистохимических, иммуноморфологических, электромикроскопического и морфометрических исследований было показано, что при псориазе на фоне генетической предрасположенности и приобретенного иммунодефицита по Т-клеточному типу в коже и внутренних органах развиваются однотипные реакции гиперчувствительности немедленного и замедленного типа, приводящие к деструктивно-продуктивному васкулиту и микроциркуляторным нарушениям, степень выраженности которых коррелирует с тяжестью псориаза и зависит от давности процесса. Триггерные факторы запускают каскад иммунозависимых реакций в коже и других тканях, степень выраженности и органность которых определяет коморбидность при псориазе. Приведенная общность изменений соединительной ткани в коже и других органах при псориазе позволила сформулировать иммунокомплексную природу патологического процесса, обосновать и выделить различные типы псориазической болезни с учетом клиники и особенностей иммунного воспаления [2, 4, 9 – 15].

В то же время остается открытым вопрос о морфологических изменениях предстательной железы и их значимости при псориазе, хотя нарушения репродуктивного здоровья у мужчин, больных псориазом были ранее описаны в немногочисленных работах [3, 7, 8]. Общеизвестно, что предстательная железа, наряду с гипофизом, принимает участие в образовании сперматозоонов в извитых канальцах яичек, обеспечивает их транспортировку по семявыносящему протоку и семяизвержение, что определяет полноценность мужской репродуктивной функции [5]. Полноценность функционирования предстательной железы во многом зависит от ее морфофункционального состояния, в котором существен-

ное место принадлежит соединительной ткани, окружающей трубчато-альвеолярные простатические железы и их выводные протоки [3, 6]. Системность иммунозависимого воспаления при псориазе, поражающего различные органы и ткани, не может не затронуть предстательную железу. Однако в отечественной литературе до настоящего времени подобных работ мы не нашли.

Целью работы было изучить особенности морфологических изменений в предстательной железе при псориазе.

### Материалы и методы

Проведен клинико-анатомический анализ 6 секционных наблюдений мужчин с бляшечным псориазом, погибших от различных причин. Материалы были получены в Республиканском бюро судебно-медицинской экспертизы г. Донецка. Забор материала проводили в течение 4х – 12 часов с момента смерти.

По данным актов расследования судебно-медицинского бюро и протоколов вскрытия причинами смерти обследованных были: внезапная острая сердечно-сосудистая недостаточность (2 случая), экзогенная интоксикация (1 случай), кровоизлияние в мозг (1 случай), отек мозга различного генеза (2 случая).

Псориазический характер поражений кожи был установлен на основе визуального исследования, подтвержден гистологически, а также данными катamnестического анализа медицинской документации из архивов лечебно-профилактических учреждений.

У всех пациентов при осмотре был обнаружен ограниченный бляшечный псориаз: единичные псориазические бляшки на разгибательных поверхностях коленных и локтевых суставов (6 случаев), на задней поверхности туловища (3 случая), на передней поверхности голени (2 случая). Во всех 6 случаях давность заболевания была более 1 года.

Предметом морфологического исследования были кусочки кожи из мест псориазических поражений и кусочки ткани предстательной железы, захватывающей ее

промежуточную, центральную и периферическую зону. Секционный материал фиксировали в 10% растворе холодного нейтрального формалина. В последующем по общепринятой методике заливали в парафин, потом при помощи микротомы МПС-2 изготавливали серийные срезы толщиной  $5 \pm 1$  мкм. Препараты окрашивали гематоксилином и эозином, по ван-Гизону, метиленовым синим.

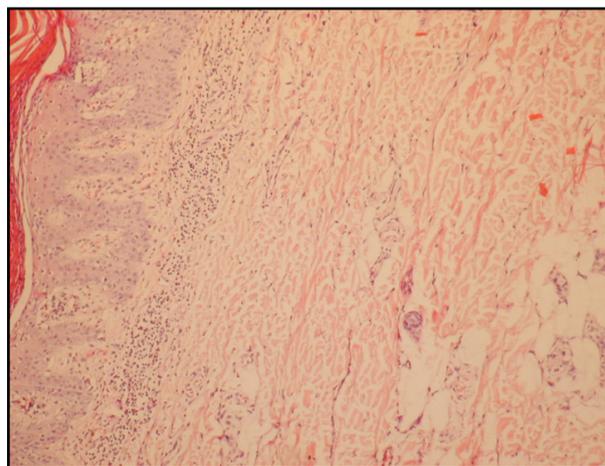
Гистологические препараты были изучены под светооптическим микроскопом Olympus BX-40, микрофотографирование произведено цифровой фотокамерой Olympus U-TV1X с программным обеспечением Olympus DP-Soft. Статистическую обработку полученных данных проведено при помощи пакета программ Microsoft Excel 2016 на персональном компьютере.

### Результаты и их обсуждение

При внешнем осмотре кожи умерших была обнаружена характерная мономорфная сыпь в виде крупных бляшек, расположенных в типичных для псориаза местах: в области разгибательных поверхностей кожи локтевых и коленных суставов, задней поверхности туловища и передней поверхности голеней. Бляшки имели четкие границы, синюшно-красный или серо-розовый цвет с серебристо-белым пластинчатым шелушением на поверхности. При поскабливании высыпаний были получены феномены «стеаринового пятна» и «терминальной пленки».

При гистологическом исследовании пораженной кожи во всех 6 случаях наблюдали выраженный акантоз, гиперкератоз, паракератоз с утолщенным роговым слоем, содержащим гиперхромные ядра (рис.1).

Блестящий и зернистый слои местами отсутствовали, шиповатый слой был увеличен до 17-20 рядов клеток. Кератиноциты этого слоя были резко увеличены в размерах, цитоплазма их вакуолизирована. В шиповатом слое выявлены явления межклеточного отека, очаги экзоцитоза, со скоплением нейтрофильных полиморфноядерных лейкоцитов. В базальном слое



**Рисунок 1.** В эпидермисе акантоз гипер- и паракератоз, выраженная вакуолярная дистрофия клеток шиповатого и базального слоев, в дерме – расширение и полнокровие капилляров сосочкового слоя, диффузная лимфоцитарная инфильтрация с преимущественной локализацией в поверхностных слоях. Гематоксилин и эозин, x 100.

кератиноциты, располагаясь в один ряд, имели немногочисленные фигуры митоза. Дермо-эпидермальная граница сохранена на всем протяжении. Акантотические выросты эпидермиса глубоко погружались в сетчатый слой дермы. Над вершинами дермальных сосочков эпидермис был истончен до 2-5 рядов, уплощенных кератиноцитов с гиперхромными ядрами. Коллагеновые волокна дермы были отечны, фрагментированы, с очагами мукоидного набухания, часть волокон склерозирована и разволокнена. Капилляры, особенно в сосочковом слое дермы, полнокровны, просвет их был расширенным. Базальная мембрана капилляров сосочкового слоя дермы утолщена. Местами отмечено нечеткость контуров сосудов, набухание и вакуолизация эндотелиальных клеток. В сетчатом слое дермы стенки сосудов неравномерно утолщены, гомогенизированы, с очагами мукоидного набухания. Как в сетчатом, так и в сосочковых слоях дермы очаговые, преимущественно полиморфноклеточные инфильтраты состояли из лимфоцитов, гистиоцитов, нейтрофилов, единичных тканевых базофилов.

При морфологическом исследовании предстательной железы во всех ее зонах выявлены однотипные изменения, проявляющиеся в различной степени выраженности явлениями хронического воспаления с очаговыми и / или диффузными лимфоплазмочитарными инфильтратами, с единичными или немногочисленными сегментоядерными лейкоцитами, микроциркуляторными нарушениями (полнокровные сосуды), стромальными изменениями (рис. 2 – 7).

Отмечены различной степени выраженности очаговый отек и склероз стромы, очаги обызвествления в строме, вокруг выводных протоков и концевых отделов желез лимфоплазмочитарная инфильтрация.

Во всех 6 наблюдениях отмечалось полнокровие сосудов, расширение сосудов, явления тромбоза в сосудах стромы. Стенки сосудов утолщены, разрыхлены, в некоторых местах гомогенизированы. Эндотели-

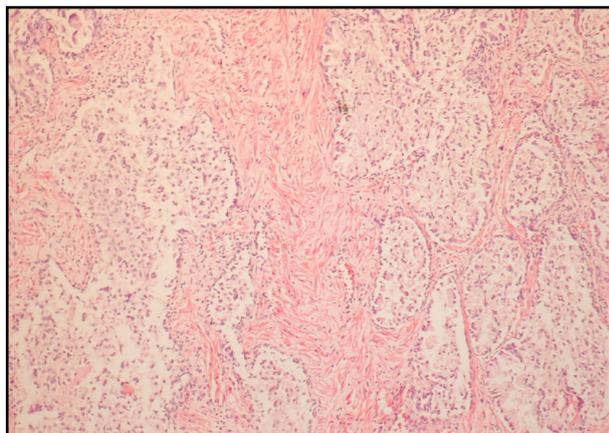
альные и адвентициальные клетки местами гиперплазированы, с полиморфизмом ядер эндотелиальных клеток, появлением цитоплазматической базофилии.

В 4 из 6 наблюдений выявлена картина аденоматозно-стромальной гиперплазии с вакуольной дистрофией эпителия ацинусов, местами с десквамацией эпителия.

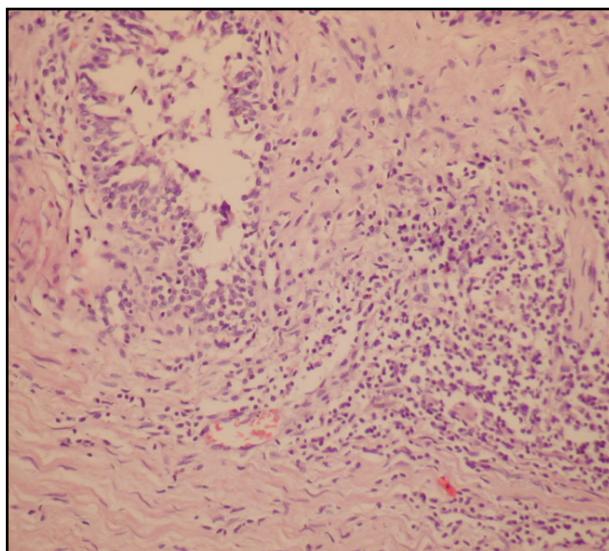
В одном наблюдении отмечено уплощение эпителия в единичных ацинусах и очаг плоскоклеточной его метаплазии (рис. 2).

В просвете ацинусов много клеток слущенного эпителия, единичные или немногочисленные лейкоциты, отдельные лецитиновые зерна; в части выводных протоков ацинусов – очаговая пролиферация эпителия, участки склероза.

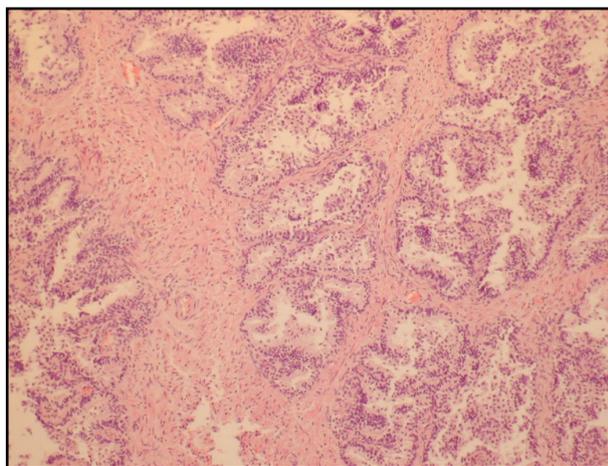
Отмечалось уплотнение и гомогенизация коллагеновых волокон межуточной ткани, нерезко выраженный очаговый их гиалиноз, дистрофия гладкомышечных волокон.



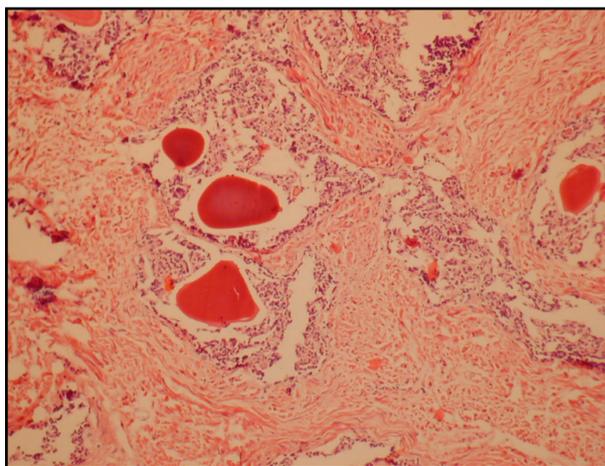
**Рисунок 2.** Железистая гиперплазия, очаговый скудный лимфоцитарный инфильтрат. В строме, очаги кальцификатов эпителий слущенный (артифициальные изменения). Гематоксилин и эозин, x100.



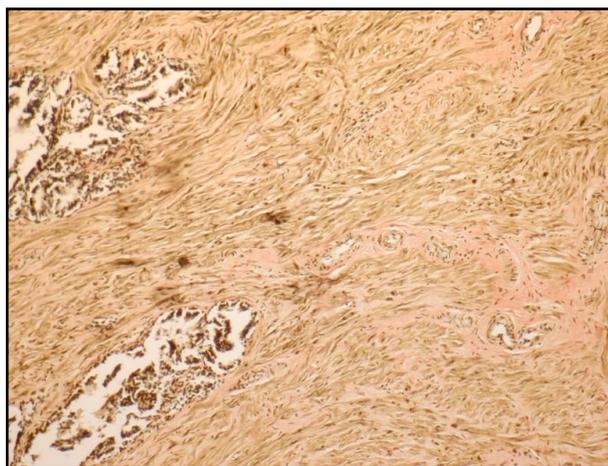
**Рисунок 3.** В предстательной железе картина хронического воспаления (очаговые лимфоплазмочитарные инфильтраты с единичными сегментоядерными лейкоцитами), выраженный склероз стромы, просветы отдельных желез расширены, с уплощенным эпителием в единичных ацинусах и очаговая плоскоклеточная метаплазия эпителия. В просвете большинства желез и протоков простатические тельца (гомогенные розовые массы слоистого строения), атрофия мышечных волокон, полнокровие сосудов, имеются очаги петрификатов. Гематоксилин и эозин, x100.



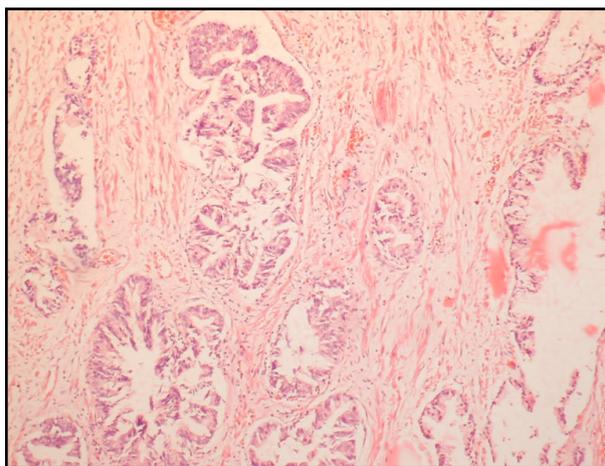
**Рисунок 4.** В предстательной железе картина узловой аденоматозно-стромальной гиперплазии, с очаговой пролиферацией эпителия протоков, в просветах отдельных ацинусов – простатические тельца, в строме скудная очаговая лимфо-гистиоцитарная инфильтрация. Гематоксилин и эозин, x100.



**Рисунок 5.** Картина фибро-мускулярной гиперплазии с очаговой скудной лимфо-гистиоцитарной инфильтрацией, в просвете ацинусов – простатические тельца, сращенный эпителий, имеются очаги обызвествления. Гематоксилин и эозин, x100.



**Рисунок 6.** Аденоматозно-стромальная гиперплазия, просвете ацинусов – простатические тельца, сращенный эпителий, в отдельных ацинусах – очаговая пролиферация эпителия. Окраска по ван-Гизону, x100.



**Рисунок 7.** Картина аденоматозно-стромальной гиперплазии, эпителий ацинусов с вакуольной дистрофией, имеются десквамативные изменения. Сосуды расширены, полнокровны, очаговый отек стромы. Гематоксилин и эозин, x100.

Выявленные при псориазе морфологические изменения предстательной железы с разнообразием патоморфологических признаков сопоставимы с описанными ранее при псориазе воспалительными изменениями соединительной ткани сердечно-сосудистой системы, органов иммуногенеза, почек [2, 4, 9 – 15] и отражают общность патологического процесса при псориазической бо-

лезни. Полученные данные должны нацеливать клинициста на обследование функций предстательной железы у больных с псориазом и при необходимости корректировать лечебно – профилактические мероприятия.

### Выводы

Таким образом, выявленные морфологические изменения в предстательной же-

лезе отражают наличие хронического иммунозависимого воспаления, характерного для системного псориазического пораже-

ния соединительной ткани, что необходимо учитывать при планировании лечебно-профилактической тактики.

## Список литературы

1. Бакулев, А.Л., Псориаз как системная патология [Текст] / А.Л. Бакулев, Ю.В. Шагова, И.В. Козлова // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2008. – Т. 1, № 19. – С. 13-20.
2. Волос, Л.И. Структурные изменения в почках при различных формах псориаза [Текст]: автореф. дис. канд. мед. наук / Л.И. Волос. – Донецк, 1997. – 16 с.
3. Ворник, Б.М. Женская сексология и сексопатология [Текст]: Руководство для врачей / Б.М. Ворник, О.В. Романенко, Коган М.И. – Київ: ИЦ «Семья», 2016. – 366 с.
4. Гумановская, М.Л. Морфология центральных и периферических органов иммуногенеза [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / М.Л. Гумановская. – Донецк, 1992. – 16 с.
5. Мавров, И.И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [Текст]: Руководство для врачей, интернов и студентов / И.И. Мавров, Л.А. Болотная, И.М. Сербина – Харьков: Факт, 2007. – 792 с.
6. Нешков, Н.С. Гонорея и половая функция [Текст]: Монография / Н.С. Нешков, А.Н. Нешкова – Луганск: «Свитлица», 1996. – 108 с.
7. Провизион, А.Н. Особенности клиники и течения псориаза у мужчин, больных хроническим простатитом [Текст] / А.Н. Провизион // Научно-практический журнал по дерматологии, венерологии, косметологии «Торсуевские чтения». – 2017. – № 1(15). – С.22 – 27.
8. Провизион, Л.Н. Эпидемиологические, клинические и психосексуальные аспекты у больных псориазом [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / Л.Н. Провизион. – Ташкент, 1978. – 16 с.
9. Свистунов, И.В. Морфология и морфогенез поражений сердечно-сосудистой системы при псориазе [Текст]: автореф. дис... канд. мед. наук / И.В. Свистунов. – Донецк, 1993. – 18 с.
10. Шевченко, Т.И. Патологическая анатомия псориазической болезни [Текст]: автореф. дис... докт. мед. наук / Т.И. Шевченко. – Донецк, 1997. – 22 с.
11. Шлопов, В.Г. Морфология серцево-судинної системи при псоріазі [Текст]: Монографія / В.Г. Шлопов, Т.І. Шевченко, І.В. Свистунов - Київ: УкрНТЕК, 2000. – 188 с.
12. Шлопов, В.Г. Морфология і морфогенез нефропатії при псоріазі [Текст]: Монографія / В.Г. Шлопов, Т.І. Шевченко, Л.І. Волос - Київ: АМН України, 1999. – 184 с.
13. Шлопов, В.Г. Морфология органів імунотенезу при псоріазі [Текст]: Монографія / В.Г. Шлопов, Т.І. Шевченко, М.Л. Гумановська - Київ: УкрНТЕК, 2000. – 168 с.
14. Шлопов, В.Г. Морфология травного тракту при псоріазі [Текст]: Монографія / В.Г. Шлопов, Шевченко Т.І.- Київ: УкрНТЕК, 2000. – 164 с.
15. Шлопов, В.Г. Патологическая анатомия псориазической болезни [Текст]: Монография / В.Г. Шлопов, Т.И. Шевченко - Киев: УкрНТЕК, 2001. – 358 с.

*Protsenko T.V.<sup>1</sup>, Protsenko O.A.<sup>1</sup>, Zoloto M.Yu.<sup>2</sup>, Kolesnikova I.A.<sup>1</sup>, Provizion A.N.<sup>1</sup>*

## MORPHOLOGICAL CHANGES OF THE PROSTATE GLAND IN PATIENTS WITH THE PSORIASIS

*Donetsk National Medical University M. Gorky<sup>1</sup>  
Republican office of Forensic Medical Examination<sup>2</sup>*

### **Summary**

**The aim** of the work was to reveal the features of morphological changes in the prostate gland with psoriasis.

**Materials and methods.** Clinical and anatomical analysis of 6 sectional observations of men with plaque psoriasis, died from various causes. Morphologically examined biopsies of the skin of the prostate gland according to the standard method, stained with hematoxylin and eosin, according to van Gieson. We studied under the light-optical microscope Olympus BX-40 with a digital camera Olympus U-TV1X with software Olympus DP-Soft.

**Results.** Histological examination of the affected skin in all 6 cases showed pronounced acanthosis, hyperkeratosis, parakeratosis with a thickened stratum corneum containing hyperchromic nuclei, focal lympho-histiocytic infiltrates in the papillate and reticular layers of the dermis. Morphological examination of the prostate gland in all its zones revealed the same type of changes, manifested in varying degrees of chronic inflammation with focal and / or diffuse lymphoplasmocytic infiltrates, with single or few segmented leukocytes, microcirculatory disorders, stromal changes.

**Conclusions.** The revealed morphological changes in the prostate gland reflect the presence of chronic immune-dependent inflammation, which is characteristic for systemic psoriatic lesion of connective tissue, which must be taken into account when planning therapeutic and prophylactic tactics.

**Keywords:** *psoriasis, morphological changes, skin, prostate gland.*

УДК 616.517-073(084.4)

Проценко Т.В., Заблоцкая А.Г., Боряк С.А., Христуленко А.Г.

## КЛИНИКО-ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ СОПОСТАВЛЕНИЯ В ОЦЕНКЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ТЕРАПИИ ПСОРИАЗА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

**Цель исследования** - оценка динамики дерматоскопической картины поражений кожи при псориазе до- и после узкополосной фототерапии в сопоставлении с клиническими изменениями

**Материал и методы.** Обследованы 74 больных псориазом (44 женщины и 30 мужчин в возрасте от 18 до 67 лет). У всех больных индекс BSA свыше 10, индекс PASI - от 18,3 до 48,9; в среднем  $-29,1 \pm 4,7$ . Узкополосную фототерапию UVB 311 нм проводили с помощью фототерапевтического аппарата GH-8 ST (Cosmedico Medizintechnik GmbH, Steinkirching 56 D-78056 Villingen-Schwenningen, Германия) в режиме 3-4 раза в неделю, на курс 16-20 процедур. Дерматоскопию проводили с помощью дерматоскопа FotoFinder Systems GmbH, handyscope for iPhone 5 (Германия) и HIENE DELTA 20© (Германия). Дерматоскопические признаки (сосудистый, пигментный, обусловленный нарушениями кератинизации) оценивали в баллах (от 0 до 3) и сопоставляли с динамикой клинических изменений пораженной кожи.

**Результаты.** Среди всех изученных дерматоскопических признаков наиболее информативным с точки зрения оценки эффективности и прогноза терапии оказался сосудистый признак, который проявлялся в виде гомогенных красных гранул, красных точек и глобул, запятых, кольцевидных фокусов эритемы. Максимально выраженным сосудистый дерматоскопический признак был при прогрессирующей стадии дерматоза, динамически снижался в процессе регресса псориатической бляшки – с  $2,85 \pm 1,12$  балла до  $0,6 \pm 0,1$  балла; сохранялся даже на фоне полного клинического регресса ( $0,3 \pm 0,1$  балла).

**Выводы.** Данные по оценке динамики дерматоскопических признаков позволяют объективизировать процессы терапевтического патоморфоза, что может в последующем быть использовано для коррекции режимов терапии псориаза.

**Ключевые слова:** *псориаз, фототерапия, дерматоскопия.*

---

### **Актуальность**

Оптимизация терапии псориаза и разработка объективных критериев оценки состояния кожи в динамике лечения являются важной задачей практической дерматологии, учитывая рецидивирующий характер течения дерматоза [1, 8, 9].

Узкополосная фототерапия (UVB узкого спектра 311 нм) занимает ведущее место среди всех методов лечения псориаза

из-за ее эффективности и безопасности, однако дискуссионными остаются выбор режима и продолжительности воздействия, кратность и количество процедур, целесообразность повторных курсов [8, 9].

Критериями эффективности терапии псориаза, определяющими объем и продолжительность лечения, считают прекращение прогрессирования процесса и регресс клинических симптомов дерматоза, объек-

тивным отражением которых является снижение дерматологического индекса PASI на 75% от исходного (PASI 75%) [1, 4, 7]. Хорошо известны эффекты «последствия» базисной болезнь-модифицирующей терапии псориаза, в т.ч. фототерапии, когда после достижения PASI 75% лечение может быть окончено или ограничено наружной терапией, а регресс псориазных высыпаний продолжается [5, 8, 9]. В то же время не у всех больных такой подход сопровождается стойкой и продолжительной ремиссией, особенно на фоне коморбидной или соматической патологией.

Дермоскопия является инновационным неинвазивным методом оценки состояния поверхностных и глубоких слоев кожи, ее структур и придатков, и активно используется в последние десятилетия в клинической дерматологии в диагностике меланомы, пигментных и беспигментных новообразований кожи [2, 3, 4, 13 - 15]. Однако лишь единичные работы посвящены использованию дермоскопических признаков в оценке эффективности терапии хронических рецидивирующих воспалительных дерматозов [7, 10, 12].

**Целью исследования** была оценка динамики дермоскопической картины поражений кожи при псориазе до- и после узкополосной фототерапии в сопоставлении с клиническими изменениями.

### Материалы и методы

Обследовано до- и после лечения 74 больных псориазом, в том числе 44 женщины и 30 мужчин в возрасте от 18 до 67 лет.

У всех больных процесс был распространенным (индекс BSA свыше 10), степень тяжести псориаза по индексу PASI колебалась от 18,3 до 48,9 и в среднем составила  $29,1 \pm 4,7$ .

Наряду с традиционной проводили узкополосную фототерапию UVB 311 нм с помощью фототерапевтического аппарата GH-8 ST (Cosmedico Medizintechnik GmbH, Steinkirching 56 D-78056 Villingen-Schwenningen, Германия). Процедуры про-

водили 3-4 раза в неделю, на курс 16-20 процедур. Стартовая доза воздействия, в зависимости от фототипа кожи, варьировала от 0,1 Дж/см кв. до 0,4 Дж/см кв., последующее повышение разовой дозы было на 0,036-0,2 Дж/см кв., до суммарной дозы не более 28 Дж/см кв.

Дермоскопическое исследование проводили с помощью дерматоскопа FotoFinder Systems GmbH, handyscope for iPhone 5 (Германия) и HIENE DELTA 20© (Германия). В качестве иммерсионных средств для дермоскопии использовали 70% спирт или гель для ультразвуковой диагностики.

Проведен анализ следующих дермоскопических признаков: сосудистого, пигментного, а также признака, обусловленного нарушениями кератинизации. Степень выраженности дермоскопического признака оценивали в баллах, где 0 балл – признак отсутствовал, 1 балл - признак не выражен, 2 балла - умеренно выраженный признак, 3 балла – резко выраженный. Дермоскопическая картина сопоставлена с динамикой клинических изменений пораженной кожи у этих же больных.

Статистическая обработка материала проведена с помощью персонального компьютера IBM / AT с использованием лицензионного пакета Statistica 6 (Stat Soft Rus).

### Результаты и обсуждение

Переносимость комплексного лечения с использованием узкополосной фототерапии у всех больных была удовлетворительной. PASI 75% после 16 процедур узкополосной фототерапии достигнуто у 56 (75,7%) больных, после 20 процедур – у 66 (89,2%) больных.

Среди всех изученных дермоскопических признаков наиболее информативным с точки зрения оценки эффективности и прогноза терапии оказался сосудистый признак.

Он проявлялся в виде гомогенных красных гранул, красных точек и глобул, запятых, кольцевидных фокусов эритемы у всех обследованных больных, был максимально выраженным в прогрессирующей

Степень выраженности дерматоскопических признаков  
в зависимости от стадии псориаза, в баллах,  $M \pm m$

Стадии псориаза	Сосудистый признак	Дерматоскопический признак, обусловленный нарушением кератинизации
Прогрессирующая	$2,85 \pm 1,12$	$2,3 \pm 1,08$
Стационарная	$1,93 \pm 0,9$	$1,1 \pm 0,9$
Регрессирующая	$0,6 \pm 0,1$	$0,3 \pm 0,08$
Неизменная кожа на месте бывших высыпаний через 1 месяц	$0,3 \pm 0,1$	-

стадии, значительно уменьшался в стационарной стадии, сохранялся у части пациентов даже при полном клиническом регрессе псориатической бляшки (см. табл.). Так, максимально выраженным сосудистый дерматоскопический признак был при прогрессирующей стадии дерматоза, динамически снижался в процессе регресса псориатической бляшки – с  $2,85 \pm 1,12$  балла до  $0,6 \pm 0,1$  балла. Но особый клинический интерес представлял тот факт, что даже на фоне полного клинического регресса высыпаний через 1 месяц дерматоскопический сосудистый признак определялся, хотя и был минимально выраженным –  $0,3 \pm 0,1$  балла.

Проведенными ранее исследованиями была показана взаимосвязь дерматоскопических признаков с особенностями гистологических изменений псориатических бляшек [3, 5, 10, 12]. Так, было показано, что сосудистый дерматоскопический признак соответствует гистологически расширенным сосудам микроциркуляторного русла сосочкового слоя дермы, расположенным под истонченной надсосочковой частью акантотически измененного эпидермиса. При этом акантоз при псориазе имеет отличительные особенности, характеризующиеся равномерным удлинением эпидермальных отростков с колбовидным их расширением в нижней части (псориазиформный тип акантоза), максимально выраженный при прогрессирующей стадии и обеспечиваю-

щий формирование папулезной сыпи [5, 6]. Именно выраженный равномерный акантоз обеспечивал равномерное распределение множественных красных точек, глобул и клубочков (сосудистый дерматоскопический компонент), более заметное в центре бляшки и менее – по ее периферии. Эти же дерматоскопические структуры при диффузном акантозе визуализировались как фокусы эритемы [4, 14, 15].

Ранее проведенными исследованиями было установлено, что форма дермальных сосочков и нарушения дермо-эпидермальной границы являются основными патогистологическими признаками, влияющими на степень выраженности и распределение сосудистых дерматоскопических признаков, особенно на капиллярный рисунок при воспалительных хронических дерматозах [10, 12]. Именно формой дермальных сосочков объясняют характерную для псориаза дерматоскопическую картину – множественные красные точки и/или глобулы, расположенные равномерно, в соответствии с расширенными просветами капилляров в подэпидермальной сосочковой части дермы. Выраженность и равномерность акантоза влияла на яркость сосудистого дерматоскопического признака, особенно на фокусы эритемы

Белесоватый признак и мутность белесоватого непрозрачного оттенка при дерматоскопии соответствовали гиперкератозу и паракератозу, порой было отмечено усиле-

ние затемнения очагов поражения с уменьшением контраста между дерматоскопическими структурами [2, 4, 7].

При экссудативном характере псориатической бляшки наблюдали увеличение резкости сосудистого дерматоскопического признака, что, как считают, связано со спонгиозом и улучшением проникновения света через спонгиозные клетки базального и шиповатого слоев [3, 4, 12].

Обращала внимание тенденция к изменению дерматоскопических признаков в процессе регресса дерматоза при успешной терапии. Наиболее показательной динами-

ка была именно по сосудистому признаку. В то же время сохраняющиеся после регресса капиллярные признаки в последующем сопровождались менее продолжительной ремиссией и более быстрому развитию рецидивов.

Таким образом, предварительные данные по оценке динамики дерматоскопических признаков в сопоставление патогистологическими изменениями, позволяют объективизировать процессы терапевтического патоморфоза, что может в последующем быть использовано для коррекции режимов терапии псориаза.

## Список литературы

1. Адашкевич, В.П. *Диагностические индексы в дерматологии [Текст]: Монграфия / В.П. Адашкевич – М.: Издательство Панфилова, 2014. – 341 с.*
2. Боулинг, Д. *Диагностическая дерматоскопия. Иллюстрированное руководство [Текст]: Монграфия / Д. Боулинг; пер. с англ. под ред. А.А. Кубановой. – М.: Издательство Панфилова; БИНОМ. Лаборатория знаний, 2013. – 160 с.*
3. Гончарова, Я.А. *Возможности применения дерматоскопии при постановке диагноза воспалительных дерматозов / Я.А.Гончарова, К. Суид. // Украинський журнал дерматології, венерології, косметології. – №3 (38). – 2010. – С. 189-190.*
4. *Дерматоскопия в клинической практике [Текст]: Монграфия / Под ред. Н.Н. Потеекаева – М., 2010. – 144 с.*
5. *Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас) / М.А. Пальцев [и др.]. – М.: Медицина, 2004. – С.432.*
6. Коротаева, Т.В. *Ангиогенез при псориазе и псориатическом артрите [Текст] / Т.В. Коротаева // Современная ревматология. – 2014. – №2. – С. 71- 75.*
7. *Практическая дерматология [Текст]: учебное пособие для врачей-интернов и врачей слушателей факультетов последипломного образования /Л.А. Болотная [и др.]; под общ. ред. проф. Л.А. Болотной. – Х.: С.А.М., 2015. – С.278*
8. *Сравнительный анализ эффективности UVB 311 нм в комплексном лечении хронических дерматозов[Текст]/ О.А. Проценко [и др.]. //Питання експериментальної та клінічної медицини. Збірник статей. Вип.16,Т.1. – Донецьк: ТОВ «Каштан», 2012. – С. 98 - 101.*
9. *Псориазная болезнь [Текст]: Монграфия / Под ред. Н. Н. Потеекаева, Л.С.Кругловой. – М.: Медицина для всех, 2014.– 264 с.*
10. Суид, К. *Капиллярный рисунок как основной признак дерматоскопической диагностики воспалительных дерматозов[Текст] / К. Суид // Университетская клиника. – 2011. – №2. – С. 185-187.*
11. *Dermoscopy key points: recommendations from the international dermoscopy society [Text] / J. Bowling [et al.] //Dermatology. – 2007. – Vol. 214, №1. – P. 3 - 5.*
12. *Dermoscopic features of clinically inflammatory dermatoses and their correlation with histopathologic reaction patterns[Text] / J. Goncharova [et al.] // Archives of Dermatological Research. – 2014. – 09 October. – P. 1513-1521.*
13. Marghoob A.A. *Atlas of dermoscopy [Text] / A.A. Marghoob, R.P. Braun, A.W. Kohf // – Taylore&Francis, 2006. – 374 p.*
14. Zalaudek I. *Dermoscopy subpatterns of*

*inflammatory skin disorders [Text] / I. Zalaudek, G. Argenziano, H. Kerl // Arch. Dermatol. – 2006. – Vol.6, №142. – P.808 – 812.*

*15. Three important rules in dermatoscopy [Text] / I. Zalaudek [et al.] // J. Dtsch. Dermatol. Ges. – 2007. – Vol.5, N5. – P.422 – 423.*

*Protsenko T.V., Zablotzkaya A.G., Boryak S.A., Khristulenko A.G.*

## CLINICAL-DERMATOSCOPIC COMPARISONS IN THE EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF PSORIASIS THERAPY

*Donetsk National Medical University M. Gorky*

### **Summary**

**The aim** of the study was to evaluate the dynamics of the dermoscopic picture of skin lesions in psoriasis before and after narrow-band phototherapy in comparison with clinical changes

**Material and methods.** We examined 74 patients with psoriasis (44 women and 30 men aged 18 to 67 years). In all patients, the BSA index is more than 10, the PASI index is from 18.3 to 48.9, an average of  $29.1 \pm 4.7$ . Narrow-band phototherapy UVB 311 nm was performed using the phototherapy device GH-8 ST (Cosmedico Medizintechnik GmbH, Steinkirching 56 D-78056 Villingen-Schwenningen, Germany) 3-4 times a week for a course of 16-20 procedures. Dermoscopy was performed with a dermatoscope FotoFinder Systems GmbH, handyscope for iPhone 5 (Germany) and HIENE DELTA 20 © (Germany). Dermoscopic signs (vascular, pigmentation, caused by violations of keratinization) were evaluated in scores (from 0 to 3) and compared with the dynamics of the clinical changes of the affected skin.

**Results.** Among all the dermoscopic signs studied, the most viable symptom in terms of efficacy and prognosis was a vascular trait that manifested itself as homogeneous red granules, red dots and globules, commas, ring-shaped erythema foci. The most pronounced vascular dermoscopic symptom was in the progressive stage of dermatosis, in the process of regression of the psoriatic plaque - from  $2.85 \pm 1.12$  points to  $0.6 \pm 0.1$  points; remained even against the background of a complete clinical regression ( $0.3 \pm 0.1$  points).

**Conclusions.** Data on the evaluation of the dynamics of dermoscopic characteristics allow us to objectify the processes of therapeutic pathomorphosis, which can later be used to correct the regimens of psoriasis therapy.

**Keywords:** *psoriasis, phototherapy, dermoscopy.*

УДК 616.379-008.64:616.5]-053.2

*Пшеничная Е.В., Бордюгова Е.В., Дудчак А.П., Лимаренко М.П., Котерга А.А.*

# КОЖНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА У ДЕТЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

Статья посвящена кожным проявлениям сахарного диабета у детей и подростков. Поражения кожи могут быть обусловлены метаболическими нарушениями, инъекциями инсулина, присоединением инфекции либо встречаться при синдромах, включающих сахарный диабет. Раннее направление к дерматологу способствует выявлению кожных изменений при диабете на начальной стадии и назначению своевременной комплексной терапии.

**Ключевые слова:** *кожа, сахарный диабет, дети.*

---

Известно, что многие эндокринные заболевания сопровождаются поражением кожи. Если это поражение вызвано исходным гормонально-метаболическим дефектом (например, дефицитом гормона), оно проявляется уже на ранних стадиях заболевания и служит важным диагностическим признаком. Поражение кожи, обусловленное вторичными метаболическими нарушениями, развивается как осложнение основного заболевания. Поражение кожи может быть осложнением лечения основного заболевания (например, инъекции инсулина вызывают липодистрофии у больных сахарным диабетом 1 типа) [1-3].

Сахарный диабет (СД) – это группа метаболических заболеваний, характеризующихся гипергликемией, которая является следствием дефектов секреции инсулина, действия инсулина либо обоих этих факторов. В мире насчитывается 175 млн. человек, больных СД. По прогнозам ВОЗ, к 2025 г. количество больных СД будет возрастать и составит более 337 млн. человек. В последние годы отмечается рост заболеваемости СД среди детей (особенно младше 5 лет) и подростков [1,2].

Следует отметить, что поражения кожи при СД могут быть обусловлены метаболическими нарушениями, а также встре-

чаться вследствие инъекций инсулина, присоединения инфекции либо при синдромах, включающих СД [2,3].

К поражениям кожи, обусловленным метаболическими нарушениями, относятся: диабетическая дерматопатия, диабетический пузырь, липоидный некробиоз, кольцевидная гранулёма, эруптивные ксантомы, склередема, витилиго [3-5].

Диабетическая дерматопатия представляет собой округлые, атрофические, красновато-коричневые пятна диаметром до 1 см, локализующиеся чаще на передней поверхности голеней. Заболевание начинается с папулёзных высыпаний. Ведущую роль в патогенезе играет микроангиопатия, а при биопсии выявляют утолщение базальной мембраны капилляров.

Диабетические пузыри (*bullosis diabetorum*) возникают внезапно, без предшествующего воспаления и достигают больших размеров. Излюбленная их локализация – конечности. Гистоморфологически выявляют субэпидермальные или внутридермальные полости, акантолиз отсутствует. Возможно изъязвление пузырей.

Липоидный некробиоз (ЛН) чаще представлен желтоватыми восковидными бляшками с чёткими границами, достигающими в размерах нескольких сантиме-

тров. Появляется на передней поверхности голени. Поверхность бляшек лоснящаяся, сквозь атрофированный эпидермис видны расширенные и извитые сосуды дермы. По периферии бляшки окружены возвышающимся красноватым валиком. Возможно изъязвление. Гистоморфологическая картина напоминает кольцевидную гранулему и ревматоидные узелки: некробиоз соединительной ткани, воспалительный инфильтрат вокруг кровеносных сосудов, пролиферацию эндотелия. СД – частая, но не единственная причина ЛН.

Сообщений в медицинской литературе о поражениях кожи при СД у детей и подростков немного. В своей статье С. Вонига et al. [6] отмечают, что ЛН является редким хроническим гранулематозным дерматитом. Распространённость ЛН составляет около 0,3-1,2% среди больных СД, большинство из которых имеют СД 1 типа (СД 1). Этиология и патогенез этого заболевания до сих пор неясны. ЛН характеризуется кожной сыпью, обычно локализующейся на голених. Начало отмечается в среднем в возрасте 30 лет, женщины страдают чаще. Авторы приводят наблюдение 16-летней девушки, страдающей СД 1 (длительность заболевания 15 лет), у которой появились эритематозные и подкожные узелковые поражения на нижних конечностях и в межлопаточной области. Заподозрен ЛН. Выполнена биопсия кожи (нижние конечности и межлопаточная область). Диагноз ЛН был подтверждён на нижних конечностях. Меньшие повреждения кожи отмечались в межлопаточной области (признаки периваскулярного дерматита), которые расценены как ранняя стадия ЛН. Местное лечение с такролимусом привело к заметному улучшению состояния кожи.

В своём сообщении V. Pătraşcu et al. [7] отмечают, что изъязвления ЛН отмечаются примерно в 20-25% случаев и, как правило, связаны с травмой. Авторы представляют подростка, 17-лет, имеющего ЛН. Болен СД 1 с 2,5 лет. Проявления ЛН отмечались в течение последних шести месяцев. Кожные

поражения представлены эритематозными бляшками на голених, некоторые с изъязвлениями. На основании клинических, гистоморфологических и параклинических обследований подростку установлены следующие диагнозы: изъязвлённый ЛН, СД 1, умеренная смешанная дислипидемия, ожирение I ст., кандидоз, юношеские акне. Через два месяца лечения пентоксифиллином, сулодексидом, кетотифеном и местной терапии 0,2% гиалуроновой кислотой аутограм удалось добиться регресса двух из трёх изъязвлённых бляшек, а последняя стала поверхностной. После терапии 0,5% флуокортолоном оставшейся бляшки отмечалось улучшение через 2 недели.

С. Zaccone et al. [8] описали случай ЛН у 12-летнего мальчика. СД был диагностирован в возрасте 1,5 лет. Первые проявления ЛН наблюдались в возрасте 7 лет на задней поверхности левой голени. Три новых поражения появились в возрасте 8 лет, один – на левой голени, другие – на бёдрах. В возрасте 12 лет очаги ЛН представлены красноватыми пятнами на нижних конечностях, с небольшой центральной атрофией. Гистоморфологическое исследование показало очаги дегенерации коллагена со склерозом, периваскулярный инфильтрат, состоящий из лимфоцитов и гистиоцитов.

Кольцевидная гранулёма (КГ) представляет собой множественные мелкие папулы, красновато-розовые или не отличающиеся по цвету от окружающей кожи, которые, располагаясь кольцами и полукольцами, образуют бляшки диаметром 1-5 см. КГ встречается не только у больных СД, однако при СД высыпания всегда генерализованные.

В своей статье M. Maschio et al. [9] указывают, что сообщений о КГ в детском возрасте немного, и её этиология остаётся неясной. Доказана связь КГ с СД 1 и другими хроническими системными заболеваниями, такими как аутоиммунный тиреоидит (АТ) и ревматоидный артрит. В литературе нет описаний педиатрических случаев одновременного сочетания КГ и

нескольких аутоиммунных заболеваний. Авторы представляют 5-летнюю девочку, у которой был диагностирован СД 1. Диагноз СД 1 подтверждён наличием аутоиммунных антител к бета-клеткам. Кроме того, по данным ультразвукового исследования щитовидной железы и в связи с наличием антител к тиреопероксидазе, диагностирован АТ. Через месяц наблюдения появились эритематозные высыпания размером с монету первоначально на коже туловища, но вскоре распространились по всему телу. Биопсия кожи подтвердила диагноз КГ.

Эруптивные ксантомы представляют собой множественные красновато-жёлтые папулы. Они появляются у больных с тяжёлым течением СД и выраженной гипертриглицеридемией. В отличие от ксантом, наблюдающихся при семейной гиперхолестеринемии, ксантомы при СД окружены розовой или красной каймой. Гистоморфологически – это скопления ксантомных клеток – макрофагов, нагруженных липидами. Эруптивные ксантомы иногда возникают как реакция на травму (феномен Кебнера) и в этом случае располагаются линейно. После устранения дислипидемии эруптивные ксантомы исчезают.

V. Zabeen et al. [10] сообщают, что тяжёлая гипертриглицеридемия может привести к отложению липидов в дерме (эруптивные ксантомы) и в сетчатке (lipemia retinalis). В своей работе они представляют 15-летнюю девочку с типичными симптомами СД и поражением кожи, больше верхних и нижних конечностей. При осмотре кожные поражения представлены желтыми папулами на разгибательных поверхностях рук и ног. Офтальмоскопическое обследование подтвердило наличие lipemia retinalis. Лабораторные исследования: значительное повышение уровня триглицеридов в сыворотке крови до 8869 мг/дл, холестерина – до 498 мг/дл. Глюкоза крови натощак составила 20,8 ммоль/л, через 2 часа после завтрака – 50,5 ммоль/л. Уровень HbA1c составил 14,6%.

Склередема (склередема Бушке) – редкое осложнение тяжёлого СД 1 [2]. Склередема проявляется стойким отёком кожи и подкожной клетчатки, не оставляющим ямок при надавливании. Границы очагов поражения не выражены. Локализация – лицо, шея и верхняя часть туловища. При биопсии выявляют утолщение дермы с отёком и расщеплением коллагеновых волокон, отложение кислых гликозаминогликанов между пучками коллагена.

Следует отметить, что у больных СД 1 нередко выявляется витилиго [2, 4]. J. Farhan et al. [11] указывают, что витилиго остаётся заболеванием неизвестной этиологии. Отмечена связь витилиго с другими аутоиммунными заболеваниями, в частности СД 1. Авторы исследовали уровень воспалительных маркёров, таких как фактор некроза опухоли (ФНО), интерлейкин-6 (ИЛ-6) и интерлейкин-1 (ИЛ-1), в сыворотке крови пациентов с витилиго (n=39), СД 1 (n=37) и витилиго-ассоциированным СД 1 (n=21). В сыворотке крови больных витилиго-ассоциированным СД 1 имелись более высокие уровни ФНО, ИЛ-6 и ИЛ-1 по сравнению с пациентами с витилиго, СД 1 и группой контроля (n=42). Интересно, что в сыворотке крови больных с витилиго-ассоциированным СД 1 уровень ИЛ-6 был значительно выше, чем ФНО и ИЛ-1. Авторы пришли к выводу о важности ИЛ-6 в патогенезе витилиго-ассоциированного СД 1.

О связи витилиго с аутоиммунными заболеваниями, в частности СД1, ревматоидным артритом, аутоиммунным тиреоидитом, псориазом сообщают Z. Zhang et al. [12], S.A. Birlea et al. [13]. Кроме того, T. Narita et al. [14] обследовали 135 пациентов с генерализованным витилиго. Аутоиммунные заболевания обнаруживались у 20,3% больных.

К поражениям кожи при СД относят постинъекционные липодистрофии. Причины последних – кислый pH препаратов инсулина и местные иммунные реакции на компоненты препарата. Чтобы предупредить постинъекционные липодистрофии,

нужно часто менять места инъекций и иглы для введения инсулина, использовать только препараты человеческого инсулина [1, 2].

Вследствие инъекций инсулина возможно развитие инсулиновых отёков и аллергических реакций. A.N. Onyiriuka et al. [15] сообщают, что инсулиновые отёки являются редким осложнением инсулинотерапии. Авторы представляют 15-летнюю нигерийскую девушку с СД 1 и очень низкой массой тела (29 кг), поступившую в отделение с признаками диабетического кетоацидоза. На 5-е сутки на нижних конечностях появились отёки, которые самостоятельно разрешились через 7 дней без какой-либо терапии. Проводилась дифференциальная диагностика с нефротическим синдромом, застойной сердечной недостаточностью, циррозом печени, которые были исключены. Авторы пришли к выводу, что появление отёков было связано с интенсификацией инсулинотерапии у больной диабетическим кетоацидозом и исходно очень низкой массой тела. Аналогичные наблюдения появления инсулининдуцированных отёков у детей с диабетическим кетоацидозом при интенсификации инсулинотерапии приводят P. Rostami et al. [16], A. Aravamudhan et al. [17]. A. Goturu et al. [18] сообщают об интересном случае сочетания двух осложнений СД 1 у девочки-подростка: инсулиновых отёков и двусторонней катаракты.

Аллергическая реакция на инсулин является редким, то тяжёлым и сложным осложнением СД [19]. С. Hasselmann et al. [20] приводят наблюдение 8-летнего мальчика с СД 1. Через три месяца после установления диагноза СД 1 и начала инсулинотерапии у ребёнка отмечалось появление в местах инъекций инсулина зудящих волдырей размером 1,5 см, которые сохранялись в течение нескольких дней. На протяжении 7 месяцев от начала СД 1 у мальчика наблюдалось два эпизода крапивницы через несколько секунд после инъекций инсулина. Для индукции толерантности к последнему пациенту успешно применялась непрерывная подкожная инфузия инсулина.

Нередко у детей и подростков, больных СД, встречаются инфекционные поражения кожи, такие как кандидоз кожи и слизистых: стоматит (молочница), вагинит, онихомикоз, паронихия, заеда, кандидоз кожных складок и межпальцевых промежутков. Бактериальные инфекции кожи, особенно стафилококковые – фолликулит, фурункулёз, абсцессы – часто возникают у больных с тяжёлым СД, особенно у больных СД 1. Редко, но встречаются тяжёлые инфекции, вызываемые условно-патогенными грибами родов *Mucor* и *Rhizopus* (мукороз). Назоцеребральный мукороз может быстро привести к смерти [2].

M. Shahzad et al. [21] обследовали 320 больных (174 мужчин и 146 женщин) СД. Общая распространённость кожных проявлений у данных пациентов составила 91,2%. Кожные поражения были отмечены у 12 пациентов (34,3%) с СД 1 и 280 больных (98,2%) СД 2 типа (СД 2). Эта разница была статистически значимой ( $p < 0,001$ ). У пациентов, имеющих диабет продолжительностью менее 5 лет, распространённость кожных проявлений была 80,6%, у пациентов с длительностью диабета более 5 лет распространённость составила 98%. Это различие было также статистически значимым ( $p < 0,001$ ). Кожные поражения были представлены диабетической дерматопатией, диабетическими пузырями и грибковой инфекцией. Авторы подчёркивают, что раннее направление к дерматологу может помочь обнаружить поражения кожи при СД на начальной стадии и предотвратить инвалидизацию этих пациентов.

W.X. Fajre et al. [22] обследовали 26 пациентов с СД 1, 75 больных СД 2 и 17 больных гестационным СД. У 52% больных СД 1 и СД 2 были выявлены кожные поражения, причём у 56% пациентов заболевание длилось более 10 лет. Не было найдено кожных проявлений у больных гестационным СД. Поражения кожи были представлены онихомикозом в 27% случаев, диабетической дерматопатией у 17% пациентов, макроангиопатиями у 15% больных.

M.D. Pavlović et al. [23] обследовали 212 пациентов с СД 1 (возраст составил от 2 до 22 лет, продолжительность болезни 1-15 лет). Диабет-ассоциированные поражения кожи были зарегистрированы у 81 (38%) больных. Приобретенный ихтиоз, липоидный некробиоз отмечались в 22% случаев. Распространённость грибковых инфекций составила 4,7%. Фолликулярный кератоз диагностирован у 12% пациентов с СД. Частота кожных реакций на инсулинотерапию была низкой (2,7%).

Z. Wahid et al. [24] у 82% больных СД обнаружили кожные проявления. Инфекция (49%) была наиболее распространённым кожным поражением. Необычной особенностью явилась высокая заболеваемость витилиго (10%) и локализованный зуд аногенитальной области (19%). ЛН, диабетические буллы и склередема Бушке не зарегистрированы в данном исследовании.

Необходимо подчеркнуть, что к поражениям кожи при синдромах, включающих СД, относятся: врождённая генерализованная липодистрофия, синдром инсулинорезистентности типа А, синдром инсулинорезистентности типа В, а также гемохроматоз [1, 3].

Врождённая генерализованная липодистрофия (синдром Берардинелли-Сейпа) наследуется аутосомно-рецессивно и характеризуется инсулинорезистентностью, гипергликемией, гипертриглицеридемией и усиленным обменом веществ. Синдром проявляется сразу после рождения или на первом году жизни. Внешние признаки таких пациентов: атрофия жировой клетчатки по всему телу, лицо как бы обтяну-

то кожей, гипертрихоз, гиперпигментация (acanthosis nigricans), спланхномегалия, гипертрофия мышц. Такие же проявления могут быть и при приобретенной генерализованной липодистрофии.

Синдром инсулинорезистентности типа А встречается у молодых женщин и сопровождается дисфункцией яичников (избыточной продукцией андрогенов и недостаточной продукцией эстрогенов). Основные проявления этого синдрома – гирсутизм и acanthosis nigricans.

Синдром инсулинорезистентности типа В обусловлен антителами к рецепторам инсулина и проявляется гиперпигментацией.

Z. Kutlubay et al. [25] сообщают, что acanthosis nigricans можно рассматривать как кожный показатель резистентности к инсулину. Acanthosis nigricans часто ассоциирован с СД 2, ожирением, другими эндокринопатиями, злокачественными новообразованиями.

Гемохроматоз – аутосомно-рецессивное наследственное заболевание, при котором в организме накапливается железо. Главное звено патогенеза – усиление всасывания железа в кишечнике. Характерны цирроз печени, поражение сердца (изменения на электрокардиограмме), СД и выраженная гиперпигментация вследствие отложения меланина в базальном слое эпидермиса [4].

Таким образом, поражения кожи при СД у детей и подростков многообразны. Раннее направление к дерматологу способствует обнаружению изменений со стороны кожи при СД на начальной стадии и назначению своевременного комплексного лечения.

## Список литературы

1. Федеральные клинические рекомендации (протоколы) по ведению детей с эндокринными заболеваниями. [Текст] / Под ред. И.И. Дедова, В.А. Петерковой. – М.: Практика, 2014. – С.442.
2. Дедов, И.И. Сахарный диабет у детей и подростков [Текст]: Руководство / И.И. Дедов,

Т.Л. Кураева, В.А. Петеркова, – М: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – С.272.

3. Эндокринология [Текст]: Монография / Под ред. Н. Лавина - М.: Практика, 1999. – 1128 с.
4. Дедов, И.И. Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков

- [Текст] / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, Т.Л. Кураева // Фарматека. – 2010 №3. – С. 7-14.
5. Дедов, И.И. Российский консенсус по терапии сахарного диабета у детей и подростков [Текст] / И.И. Дедов, В.А. Петеркова, Т.Л. Кураева // Сахарный диабет. – 2010, Спецвыпуск. – С. 1 – 8.
6. *Necrobiosis Lipoidica Diabeticorum: A pediatric case report* [Text] / C. Bonura [et al.] // *Dermatoendocrinol.* – 2014. – Vol.6, №1. – P. 277-290.
7. *Ulcerated necrobiosis lipoidica to a teenager with diabetes mellitus and obesity*[Text] / V Pătrașcu [et al.] // *Rom. J. Morphol. Embryol* - 2014. - Vol.55, №1. – P. 171-176.
8. *Necrobiosis lipoidica diabeticorum in children. Description of a case* [Text] / C. Zaccone [et al.] // *G. Ital. Dermatol. Venereol.* - 1990. - Vol.125, №5. – P. 225-228.
9. *A rare case of granuloma annulare in a 5-year-old child with type 1 diabetes and autoimmune thyroiditis* [Text] / M. Maschio [et al.] // *Am. J. Dermatopathol.* – 2013. - Vol.35, № 3.– P.385-387.
10. *Hypertriglyceridemia associated with eruptive xanthomas and lipemia retinalis in newly diagnosed diabetes mellitus.* Mymensingh [Text] / B. Zabeen [et al.] // *Med. J.*- 2013. -Vol. 22, №3. – P.591-595.
11. *Interleukin-6: a possible inflammatory link between vitiligo and type 1 diabetes* [Text] / J. Farhan [et al.] // *Br. J. Biomed. Sci.* – 2014. - Vol.71, №4. – P. 151-157.
12. *The analysis of genetics and associated autoimmune diseases in Chinese vitiligo patients* [Text] / Z. Zhang [et al.] // *Arch. Dermatol. Res.* – 2009. - Vol.301, №2. – P.167 - 173.
13. Birlea, S.A. *A Romanian population isolate with high frequency of vitiligo and associated autoimmune diseases* [Text] / S.A. Birlea, P.R. Fain, R.A. Spritz // *Arch. Dermatol.* – 2008 .- Vol.144, №3. – P.310 - 316.
14. *Generalized vitiligo and associated autoimmune diseases in Japanese patients and their families* [Text] / T. Narita [et al.] // *Allergol. Int.* – 2011. - Vol.60, №4. – P.505-508.
15. *Onyiriuka, A.N.//Insulin-induced oedema in a patient with diabetes mellitus complicated by ketoacidosis* [Text] / A.N. Onyiriuka, F.A. Ehirim *Acta // Med. Indones.*- 2014.- Vol.46, №4. – P.325-329.
16. *Insulin edema in a child with diabetes mellitus type 1.* Turk [Text] / P. Rostami [et al.] // *J. Pediatr.* -2012.- Vol.54, №3. – P.309 - 311.
17. *Insulin oedema in a child with newly diagnosed diabetes mellitus* [Text] / A. Aravamudhan [et al.] // *Eur. J. Pediatr.* -2014.- Vol.173, №5– P. 685 - 687.
18. *Goturu, A. Bilateral cataracts and insulin oedema in a child with type 1 diabetes mellitus* [Text] / A. Goturu, N. Jain, I. Lewis // *BMJ Case Rep.* - 2013. - №1. – P. 2013.
19. *Insulin allergy desensitization with simultaneous intravenous insulin and continuous subcutaneous insulin infusion* [Text] / K.A. Neville [et al.] // *Pediatr. Diabetes.* -2008.- Vol.9, №4. – P. 420 – 422.
20. *Continuous subcutaneous insulin infusion allows tolerance induction and diabetes treatment in a type 1 diabetic child with insulin allergy* [Text] / C. Hasselmann [et al.] // *Diabetes Metab.* -2013.- Vol.39, №2. – P. 174 - 177.
21. *Skin manifestations in diabetic patients attending a diabetic clinic in the Qassim region, Saudi Arabia* [Text] / M. Shahzad [et al.] // *Med. Princ. Pract.* -2011.- Vol.20, №2. – P.137 - 141.
22. *Cross sectional search for skin lesions in 118 diabetic patients*[Text] / W.X. Fajre [et al.] // *Rev. Med. Chil.* -2009.- Vol.137, №7. – P.894 - 899.
23. *The prevalence of cutaneous manifestations in young patients with type 1 diabetes* [Text] / M.D. Pavlović [et al.] // *Diabetes Care.*- 2007.- Vol.30, №8. – P. 1964 – 1967.
24. *Wahid, Z. Cutaneous manifestations of diabetes mellitus* [Text] / Z. Wahid, A. Kanjee // *J. Pak. Med. Assoc.*- 1998.- Vol.48, №10. – P. 304 - 305.
25. *Acanthosis nigricans: A fold (intertriginous) dermatosis* [Text] / Z. Kutlubay [et al.] // *Clin. Dermatol.*- 2015. – Vol.33, № 4. – P. 466 – 470.

*M.P. Lymarenko, A.A. Koterga*

## **CUTANEOUS MANIFESTATIONS OF DIABETES MELLITUS IN CHILDREN**

*Donetsk National Medical University M. Gorky*

### ***Summary***

The article is devoted cutaneous manifestations of diabetes mellitus in children and adolescents. Skin lesions may be due to metabolic disorders, insulin injections, the addition of an infection or occur in syndromes, including diabetes mellitus. Early referral to a dermatologist helps identify skin changes in diabetes mellitus at an early stage and timely appointment of complex therapy.

**Keywords:** *skin, diabetes mellitus, children.*

УДК 616.5-003.826-002.4:616.36-002-036.12

*И.Е. Белик, К.В. Романенко, Е.В. Кравец, Л.А. Гупало, В.Д. Гридасова*

## СЛУЧАЙ ЛИПОИДНОГО НЕКРОБИОЗА У БОЛЬНОЙ ХРОНИЧЕСКИМ ГЕПАТИТОМ НЕЯСНОГО ГЕНЕЗА

*Донецкий национальный медицинский университет им. М.Горького*

### **Резюме**

Представлены сведения о больной 64 лет с липоидным некробиозом не ассоциированным с сахарным диабетом на фоне хронического гепатита неясного генеза. Диагноз подтверждён гистологически. Больная получала комплексное лечение препаратами метаболической терапии.

**Ключевые слова:** *липоидный некробиоз, хронический гепатит, этиопатогенез, лечение.*

---

Липоидный некробиоз (ЛН), синонимы: некробиоз липоидный диабетический, дислипоидоз кожный, болезнь Урбаха-Оппенгейма, является хроническим, упорно протекающим дерматозом, развивающимся на фоне системных метаболических нарушений [2, 5]. Заболевание впервые описано австрийским дерматологом М. Оппенгеймом в 1929 г. и Г. Урбахом в 1932 г.

В основе патогенеза ЛН лежат микроциркуляторные расстройства, основанные на изменениях углеводного и липидного обмена, что приводит к деструкции соединительной ткани и отложению липидов в местах некробиоза коллагеновых волокон [1, 3, 7, 8]. Сочетание ЛН с сахарным диабетом отмечается, по данным разных авторов, у 26-67 % больных, ЛН как самостоятельное заболевание без сахарного диабета встречается в 10-50 % случаев [4 - 8]. В.А. Самцов и В.А. Авраменко классифицировали ЛН на две группы – часто встречающуюся и редко встречающуюся формы заболевания, с различными вариантами клинического течения [7].

Часто встречающийся ЛН:

- Классический вариант
- Склеродермоподобный вариант
- Типа кольцевидной гранулемы
- Пятнисто-папулезно-бляшечный вариант

Редко встречающийся ЛН:

- Ксантоматозный вариант
- Типа возвышающейся стойкой эритемы
- Типа системной красной волчанки
- Типа злокачественного атрофического папулеза (болезнь Дегоса)
- Саркоидоподобный вариант
- Папулонекротический вариант

Представляем случай ЛН, у больной с хроническим гепатитом неясного генеза без сахарного диабета.

Больная С. 1953 года рождения госпитализирована в стационар РКДВЦ г. Донецка 20.11.2017 г. с жалобами на непрерывно-прогрессирующие высыпания на коже нижних конечностей. Семейный анамнез не отягощен, тяжелые заболевания внутренних органов отрицает. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Из анамнеза заболевания установлено, что впервые высыпания поя-

вились на коже передней поверхности правого бедра летом 2017 г., в связи с чем больная обратилась за помощью к терапевту по месту жительства, а затем была направлена в инфекционное отделение г.Енакиево с предварительным диагнозом «Болезнь Лайма». В отделении была обследована (5.09.2017 Нб 142г/л, эр.  $4,1 \times 10^{12}$ , лейкоциты  $5,0 \times 10^9$ , СОЭ 40 мм/ч, общий анализ мочи без пат. изменений). Диагноз Лайм боррелиоза подтвержден не был (ИФА IgG, М отр. от 11.09.2017), несмотря на это получила лечение: цефтриаксон 2,0 в/м №7. В связи с отсутствием положительной динамики в состоянии больной, высоким СОЭ (40 мм/ч), появлением новых высыпаний на коже левого бедра, а также болями в суставах, больная была направлена к ревматологу с подозрением на системную красную волчанку. При обследовании у ревматолога диагноз системной красной волчанки подтвержден не был (21.09.2017 Ат к нативной ДНК 21,4 Ед/мл, СРБ – отр., РФ – отр., АСЛО –150 kIU/l), больная была дообследована и получила лечение по поводу остеоартроза. Состояние высыпаний на коже прогрессивно ухудшалось, при обследовании показатели СОЭ и печёночных ферментов увеличивались (9.10.17 СОЭ 44 мм/ч, АЛТ 67 Ед/л, АСТ 127 Ед/л; 19.10.17 СОЭ 58 мм/ч, АЛТ 92 Ед/л, АСТ 121 Ед/л), в связи с чем больная была направлена на консультацию к дерматологу в ДОКТМО г. Донецка, а затем с предварительными диагнозами «Многоформная экссудативная эритема», «Т-клеточная лимфома» консультирована в РКДВЦ г. Донецка, где была произведена диагностическая биопсия. В связи с высокими уровнями печёночных ферментов, дерматологом РКДВЦ больная была направлена на обследование к инфекционисту для уточнения этиологии заболевания печени и определения дальнейшей тактики ведения. Заключение инфекциониста: Состояние после перенесенного вирусного гепатита С, ДЗ: Токсический (лекарственный) гепатит (в лечении у инфекциониста не нуждается) (19.10.2017 Ат к HCV сумм. – положит. 5,37; РНК HCV – не обнаружены; Ат к поверхностному антигену

вируса гепатита В сумм. – отр., IgM к вирусу гепатита А отр, 0,08; 19.10.2017 ГГТ 120,8Е/л; гликозилированный гемоглобин 4,9%).

Заключение диагностической биопсии кожи очага поражения 5.10.2017 №37: В коже эпидермис умеренно атрофичен со слабовыраженным гиперкератозом, в верхних слоях дермы очаговый умеренный отёк, скудная очаговая, периваскулярная лимфоцитарная инфильтрация, атрофия придатков кожи, в средних и глубоких слоях дермы – очаги некробиоза коллагеновых волокон, окруженные лимфогистиоцитарными инфильтратами, очаги отложения липидов; коллагеновые волокна гиалинизированы, фрагментированы, стенки сосудов утолщены, склерозированы, просветы их сужены. Вывод: морфологические изменения в коже позволяют думать о липоидном некробиозе.

При поступлении в отделение №1 РКДВЦ г. Донецка предъявляет жалобы на распространенные высыпания на переднебоковой поверхности бёдер, боли в суставах и общую слабость. Жалоб со стороны внутренних органов не предъявляет. Общее состояние удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые вне очагов поражения без особенностей. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные, не спаянные с подлежащей тканью. При аускультации дыхание везикулярное, хрипов нет. Деятельность сердца ритмичная, тоны приглушены, чистые, артериальное давление 145/85 мм.рт.ст., пульс 76 ударов в минуту, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык влажный, чистый. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены. Живот при поверхностной пальпации мягкий, безболезненный, печень пальпируется у края рёберной дуги. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон, физиологические отправления в норме. Нервная система без видимой патологии.

Патологический процесс на коже симметричный, носит распространенный характер, локализуется на коже передней поверхности с переходом на внутреннюю поверхность бёдер (рис.1). Очаги представлены бляшками разме-



**Рисунок 1.** Больная С., 64 лет.  
ДЗ: Липоидный некробиоз, склеродермоподобная форма (до лечения).

рами от 10 до 30 см, неправильной формы, с чёткими границами эритематозно-синюшно-го цвета, при пальпации отмечается незначительное уплотнение очагов, чувствительность в очагах не нарушена. По периферии свежих очагов отмечается яркий ободок гиперемии.

При обследовании 21.11.2017 Нв 158г/л, эритроциты  $4,6 \times 10^{12}$ , ЦП 1,0, лейкоциты  $4,5 \times 10^9$ , СОЭ 42 мм/ч, нейтрофилы палочкоядерные 1%, сегментоядерные 55%, эозинофилы 6%, лимфоциты 31%, моноциты 7%; общий анализ мочи без патологических изменений; билирубин общий 8,9 ммоль/л, билирубин прямой 2,5 ммоль/л, билирубин непрямой 6,4 ммоль/л, глюкоза 4,8 ммоль/л, мочевины 4,5 ммоль/л, креатинин 54 ммоль/л, общий белок 79 г/л, АЛТ 89 Е/л, АСТ 97 Е/л; холестерин 4,0 ммоль/л, триглицериды 0,52 ммоль/л, ЛПНП 4,89 ммоль/л, ЛПВП 1,6 ммоль/л; РВ отр.; НВсАг положительный; ВИЧ/антиген р24 не обнаружен; кал на паразитарную инвазию отр. Клинический диагноз: Липоидный некробиоз, склеродермоподобный вариант. Лечение: берлитион 600 ЕД в/в капельно на 200 мл 0,9% физ. р-ра ч/д №5; глутаргин 40% 10 мл в/в капельно на 100 мл 0,9% физ. р-ра ежедневно №10, далее по 1 табл. (0,75 г) 3 р/д; вит. 400 ЕД по 1 капс. 1 р/д 1 мес.; пентоксифиллин 5 мл в/в струйно на 10 мл 0,9% физ. р-ра ежедневно №10. Наружно: аппликации 30% димексида в течение 1 часа 2 р/д, затем нанесение локоид крема утром, вечером – солкосерил гель.



**Рисунок 1.** Больная С., 64 лет.  
ДЗ: Липоидный некробиоз, склеродермоподобная форма (после лечения).

В процессе лечения состояние больной значительно улучшилось, высыпания побледнели, уплотнение в очагах регрессировало (рис. 2). Выписана из отделения в состоянии нестойкой клинической ремиссии. Учитывая дважды полученные положительные результаты исследования на гепатит В (НВс АГ 21.11.2017, 28.11.2017), высокие уровни в течение нескольких месяцев АЛТ и АСТ больная направлена на повторное обследование и лечение к врачу инфекционисту. Рекомендовано продолжить приём вит Е в дозе 400 МЕ до 1 месяца, трентал по 1 табл. 3 р/д 1 мес., эссенциале по 2 капс. 3 р/д в течение 3х мес., серрата по 1 таб. 3 р/д 1 мес., наружно троксерутин гель, траумель С.

### Выводы

Данный случай липоидного некробиоза не ассоциирован с сахарным диабетом, характеризуется нормальным уровнем глюкозы крови и значением гликозилированного гемоглобина, незначительным повышением показателей липидограммы (повышенные уровни триглицеридов и ЛПНП). В представленном сообщении наличие у больной хронического гепатита с нарушением жирового обмена в гепатоцитах печени, вероятно, явилось пусковым моментом явлений нарушения общего метаболизма и формирования липоидного некробиоза.

## Список литературы

1. Бутов, Ю.С. Клинико-гистологические характеристики липоидного некробиоза [Текст] / Ю.С. Бутов, Т.А. Ильина и др. // Рос. журн. кожных и венер. болезней. – 2003. – № 4. – С. 38-40.
2. Каламкарян, А.А. Клинические варианты липоидного некробиоза [Текст] / А.А. Каламкарян, А.А. Абрамов // Современные методы диагностики и лечения дерматозов. – М. – 1984. – С. 41-44.
3. Липоидный некробиоз и метаболический синдром / А.Б. Кривошеев [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2013. – №6. – С. 31-34.
4. Кудрина, М.И. Липоидный некробиоз в практике терапевта и дерматолога [Текст] / М.И. Кудрина, Л.А. Макаренко // Клиническая медицина. – 2013. – № 4. – С. 62-64.
5. Липоидный некробиоз [Текст] / под ред. акад. РАМН Ю.К. Скрипкина, проф. Ю.С. Бутова, О.Л. Иванова. // Дерматовенерология. Национальное руководство. – М., 2014. – С. 899-909.
6. Петрова, У.Н. Случай липоидного некробиоза в детской практике [Текст] / У.Н. Петрова // Рос. педиатр. журн. – 2000. – № 6. – С. 47-49.
7. Самсонов, В.А. Липоидный некробиоз. Патогенез, клиника, лечение [Текст] / В.А. Самсонов // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 13-19.
8. Шапошников, О.К. Современные аспекты патогенеза и терапии кольцевидной гранулемы и липоидного некробиоза [Текст] / О.К. Шапошников, И.Е. Хазизов // Вестн. дерматол. и венерол. – 1985. – № 5. – С. 4-8.

*I.Y. Belik, K.V. Romanenko, E.V. Kravets, L.A. Gupalo, V.D. Gridasova*

## CASE OF LIPOID NECROBIOSIS IN PATIENT WITH CHRONIC HEPATITIS OF UNKNOWN GENESIS

*Donetsk National Medical University M. Gorky*

### **Summary**

Data on the patient of 64 years with a lipoid necrobiosis not associated with diabetes mellitus against a background of chronic hepatitis of unknown origin are presented. The diagnosis is confirmed histologically. The patient received a complex treatment with drugs of metabolic therapy.

**Keywords:** *lipoid necrobiosis, chronic hepatitis, etiopathogenesis, treatment.*

УДК 616.995.1-036.2:614.4(477.62)

*Е.И. Беседина, В.А. Мельник, Е.С. Жадан, Ю.А. Лыгина, Л.Д. Агаркова*

## САНИТАРНО-ПАРАЗИТОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ И ПРОТИВОЭПИДЕМИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ГЕЛЬМИНТОЗОВ В ДОНЕЦКОЙ НАРОДНОЙ РЕСПУБЛИКЕ

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

### **Резюме**

В данной статье приведены основные профилактические и противоэпидемические мероприятия по предупреждению распространения наиболее распространенных гельминтозов в ДНР. Гельминтозы - широкая группа болезней, определяющая состояние здоровья населения, которые продолжают оставаться важнейшей проблемой здравоохранения. Это обусловлено повсеместным распространением гельминтозов, как в мире, так и в ДНР, а также высокой значимостью вызываемой ими патологии человека.

**Ключевые слова:** *гельминтозы, актуальность, заболеваемость, профилактика.*

---

### **Актуальность**

Борьба с паразитарными болезнями приобретает актуальность в мировом масштабе: расширение международных экономических связей, миграция населения приводят к увеличению риска инфицирования и развития паразитарных заболеваний. По мнению экспертов ВОЗ, гельминтозы в настоящее время в какой-то мере стали «забытыми болезнями» - во всем мире наблюдается недооценка их медико-социальной значимости [1]. В нашей республике им уделяется недостаточное внимание, как со стороны органов здравоохранения, так и населения.

**Целью работы** было оценить эпидемиологическую ситуацию заболеваемости гельминтозами в Донецкой Народной Республике (ДНР) и выделить основные санитарно-паразитологические аспекты противоэпидемических и профилактических мероприятий.

### **Материалы и методы**

По материалам отдела паразитологии Республиканского центра санитарно-эпидемиологического надзора проведен ретроспективный эпидемиологический анализ заболеваемости наиболее распространенными гельминтозами в ДНР за 2016 г. Было выявлено 4698 случаев заболеваний гельминтозами среди взрослого и детского населения.

Расчеты проводились в программе Microsoft Excel 2007.

### **Результаты и обсуждения**

Согласно полученным данным в республике остается напряженная ситуация по заболеваемости гельминтозами. По сравнению с 2015 годом отмечается тенденция к росту некоторыми гельминтозами. Среди населения ДНР наиболее высокой остается заболеваемость, прежде всего нематодозами: энтеробиозом – 4243 случая (181,5 на 100 ты-

сяч населения), основную роль в формировании заболеваемости играют дети до 17 лет (1128,5 на 100 тысяч населения). Особенно высоким остается уровень заболеваемости среди детей организованных коллективов; аскаридозом - 441 случай с показателем 18,8 на 100 тысяч населения. Зарегистрированы случаи заражения населения дирофиляриозом (0,21 на 100 тыс. населения), токсокарозом (0,17 на 100 тыс. населения), описторхозом (0,09 на 100 тыс. населения).

Следует отметить, что ухудшение ситуации связано с тем, что на сегодняшний день по ДНР недостаточно подготовленных врачей-паразитологов, в лабораторной диагностике используются рутинные методы диагностики, снижается качество профосмотров, имеются случаи приема на работу лиц без санитарных книжек, а также нарушение противоэпидемических и профилактических мероприятий. Ежегодно в республике регистрируется рост численности домашних животных. Проблема загрязнения окружающей среды фекалиями этих животных становится все более острой. Также вероятность заражения увеличивается при употреблении загрязненной питьевой воды, использовании ее для мытья посуды, овощей и фруктов. На продукты яйца гельминтозов попадают с загрязненных рук, переносятся мухами. Широко распространенные на территории ДНР, обитающие в различных экологических условиях, мелкие млекопитающие служат важным звеном в циркуляции паразитических червей. Мышевидные грызуны и насекомоядные являются промежуточными и резервуарными хозяевами возбудителей ряда гельминтозов диких и домашних животных, а так же человека. Поселяясь в жилых постройках людей, синантропные грызуны могут передавать паразитов человеку.

Для большинства гельминтозов характерна внутригодовая динамика эпидемического процесса. Геогельминтозам свойственна летне-осенняя сезонность, определяемая благоприятными условиями развития и созревания яиц во внешней среде, массовым употреблением овощей, зелени, ягод и фрук-

тов, контаминированных яйцами гельминтов. Сезонная активизация эпидемического процесса биогельминтозов в основном обусловлена социальным фактором. Например, массовое заражение тениозом и трихинеллезом, передающихся человеку через свиное мясо, возможно зимой, так как забой свиней обычно осуществляется в зимний период. Заражение дифиллоботриозом и описторхозом, передающихся человеку через пресноводных рыб, чаще происходит в весенний сезон лова рыбы, когда население в большом количестве употребляет в пищу свежую рыбу.

Восприимчивость при гельминтозах у людей определяется биологией гельминта, факторами неспецифической резистентности и, возможно, состоянием иммунитета. Развитие приобретенного специфического иммунитета при гельминтозах и его напряженность зависят от общего состояния организма хозяина. Сила иммунного ответа при гельминтозах зависит от интенсивности инвазии, однако при гельминтозах он оказывается недостаточным и практически малоэффективным, т.к. направлен на ограничение численности гельминтов, а не на их уничтожение. При широко распространенных гельминтозах может формироваться популяционный иммунитет. Известно, что в районах, эндемичных по аскаридозу, трихинеллезу, описторхозу и другим гельминтозам, уровень пораженности коренных жителей и приезжего населения не одинаков. У коренных жителей в результате частых повторных заражений вырабатывается иммунитет, вследствие чего у большинства даже при многократном заражении болезнь не развивается (возможна бессимптомная инвазия) [2, 3].

Эти данные обуславливают необходимость ознакомления широких кругов населения с часто встречающимися глистными инвазиями, способами заражения, их проявлениями, возможными осложнениями, а также с методами профилактики, включающими соблюдение правил личной гигиены и своевременного лечения. В связи с этим особое значение на современном этапе имеет эпиднадзор за гельминтозами с целью сни-

жения заболеваемости населения республики, которая находится на высоком уровне и в интенсивных показателях на 100 тыс. населения уступает лишь острым респираторным вирусным инфекциям и гриппу [4].

Эпиднадзор за паразитарными болезнями представляет собой систему противоэпидемических (противопаразитарных) и профилактических мероприятий, направленных на поддержание благополучия по паразитарным болезням. Противоэпидемические мероприятия включают: активное выявление больных и носителей возбудителей гельминтозов, учет и лечение, при необходимости госпитализация, диспансерное наблюдение после лечения; обезвреживание или уничтожение (по показаниям) животных – источников инвазии; обезвреживание наиболее опасных в эпидемическом плане объектов окружающей среды; контроль и надзор за факторами передачи.

Профилактика гельминтозов включает комплекс мероприятий по выявлению больных, их лечению, обеспечению условий жизни, быта и производства, исключающих распространение этих болезней, охрану и оздоровление окружающей среды от возбудителей. В основе профилактики трихинеллеза, тениаринхоза, тениоза лежит обеспечение

безопасности мясной продукции для здоровья человека. Предупреждение описторхоза и других гельминтозов, передающихся через рыбу, ракообразных, моллюсков и пресмыкающихся, состоит в обеспечении гарантированной безопасности рыбной продукции. Профилактика и борьба с эхинококкозом осуществляются с помощью мер, направленных на предупреждение заражения человека, сельскохозяйственных и домашних животных, санитарного просвещения, проведения регулярного медицинского обследования контингентов риска (оленоводо-водо-водо, звероводов, охотников). В профилактике гельминтозов, передающихся контактным путем (энтеробиоз, гименолипедоз, стронгилоидоз), основное значение имеют меры, направленные на разрыв передачи их возбудителей; при этом следует учитывать, что первые два гельминтоза преимущественно поражают детей в организованных коллективах.

Таким образом, проблема гельминтозов в ДНР остается достаточно актуальной. Широкое распространение, ежегодная регистрация новых случаев требуют усиленного внимания к данной проблеме со стороны санитарных служб и совместных усилий специалистов – паразитологов и врачей общей практики.

## Список литературы

1. Трухан, Д. И. Гельминтозы: актуальные вопросы [Текст] / Д.И. Трухан, Л.В. Тарасова // *Consilium medicum*. – 2013. – №. 12. – С. 52-56.
2. Гришина, Е. А. Роль цитокинов в развитии иммунитета при гельминтозах [Текст] / Е.А. Гришина // *Parasitology*. – 2016. – Т. 38. – №. 4. – С. 521-526.
3. *Neuroendocrine Effects of Helminthiasis (A Review)* [Text] / S. Dolomatov [et al.] // *Паразитология*. – 2017. – Т. 51. – №. 2. – С. 97-103.
4. Асланова, М. М. Паразитологический мониторинг как составная часть эпидемиологического надзора за гельминтозами в Российской Федерации [Текст] / М. М. Асланова, Е. А. Черникова, Т. Г. Сыскова // *Медицинская паразитология и паразитарные болезни*. – 2014. – №. 1. – С. 13-16.

*E.I. Besedina, V.A. Melnik, E.S. Zhadan, Yu.A. Lygina, L.D. Agarkova*

## **SANITARY-PARASITOLOGICAL ASPECTS OF PREVENTIVE AND ANTI-EPIDEMIC MEASURES OF MOST COMMON HELMINTHESES IN THE DONETSK PEOPLE'S REPUBLIC**

*Donetsk National Medical University M. Gorky*

### ***Summary***

This article presents the main preventive and anti-epidemic measures to prevent the spread of the most common helminthiases in the DNR. Helminthiasis is a broad group of diseases that determines the health status of the population, which continues to be a major public health problem. This is due to the widespread prevalence of helminthiases, both in the world and in the Donetsk People's Republic, as well as the high degree of significance of the human pathology caused by them.

**Keywords:** *helminthiases, relevance, morbidity, prophylaxis.*

УДК 616-053.2(07.07)

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

## ОПЫТ ПРЕПОДАВАНИЯ ВЕНЕРИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ И ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ОБУЧАЮЩИМСЯ СМЕЖНЫХ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ

*Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького*

### **Резюме**

Представлены особенности преподавания венерических заболеваний и ИППП при последипломном обучении врачам смежных специальностей на кафедре дерматовенерологии и косметологии.

**Ключевые слова:** *последипломное обучение, смежные специальности, венерические заболевания, ИППП.*

---

Реализация основных направлений охраны здоровья предусматривает непрерывное повышение квалификации и переподготовки работников практического здравоохранения. Для этого необходимо оперативно и качественно внедрять в практику достижения современной медицинской науки, стандарты лечения пациентов с учетом основных принципов доказательной медицины [2].

Поэтому последипломное обучение должно представлять собой непрерывное профессиональное развитие, с контролируемым и управляемым самостоятельным обучением врача-специалиста [1,5,6].

Основными средствами реализации единой методической системы управления качеством обучения являются разработка и использование в учебном процессе методических материалов для обучающихся и для преподавателей, формирование объективной оценке формируемых у специалистов знаний и профессиональных навыков. Методические материалы разработаны в соответствии с Унифици-

рованной типовой программой, утвержденной Министерством здравоохранения, с учетом последних международных рекомендаций и стандартов терапии [3,4].

На кафедре дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последипломного образования разработаны рабочие программы, включающие такие важные разделы венерологии, как: вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания уrogenитального тракта; диагностика и современные методы терапии больных с хламидийной инфекцией; уrogenитальные инфекции у женщин; диагностика и рациональные методы терапии; особенности клинического течения инфекций, передающихся половым путем на современном этапе, методы лабораторной диагностики и лечения; скрытый сифилис: серорезистентность, ложноположительные результаты и замедленная негativaция серологических реакций; негонорейные (неспецифические) заболевания мочеполового тракта: трихомониаз, бактериальный вагиноз, папиллома-ви-

русские и смешанные инфекции уrogenитальной области и др. В новой редакции рабочих учебных программ, построенных по модульной и дистанционной формам обучения, нашли отражение современные достижения дермато-венерологии, использованы новейшие классификации, предусмотрено изучение новых методов лечения, профилактики, вопросы организации и проведения дальнейшего наблюдения за больными.

В разделе «Актуальность темы» излагается учебное, профессиональное, мировоззренческое, личностное значение конкретной темы, далее – цель обучения (общая и конкретная). Обеспечение контроля 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, ознакомления 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 схемы, таблицы и алгоритмы. Важным условием достижения цели является выработка ориентировочной основы действий, которую необходимо сопроводить

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 клинической 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 начале практического занятия каждый курсант получает для курации больного (независимо от темы практического занятия). В течение этого времени курсанту необходимо провести полное клиническое обследование больного (установить жалобы, собрать анамнез, в том числе и половой, осмотреть кожу и слизистые оболочки). Затем курсант должен кратко заполнить амбулаторную карту, указав данные обследования. При анализе и оценке амбулаторной карты удается объективно установить степень подготовленности курсанта к занятию. После знакомства с больным всех курсантов обосновывается диагноз, назначаются методы дополнительного обследования, определяется оптимальное лечение. Сообразуясь с принципами медицинской деонтологии, подобные разборы проходят как у постели больного, так и в учебной комнате. После разбора тематических больных подобным же образом разбирают других больных в зависимости от оставшегося времени. Особое внимание в таком случае уделя-

ют дифференциальной диагностике с заболеваниями предыдущих больных. При разборе больных обращают внимание на имеющуюся у них патологию внутренних органов, нервной системы, системы иммунитета. При таких разборах в дискуссию вовлекаются все курсанты группы. К концу занятия курсанты представляют преподавателю написанные в процессе курации амбулаторные карты. Анализ ошибок и разбор карт проводятся в присутствии слушателей на текущем или следующем практическом занятии. К окончанию курса практически все курсанты успешно справляются с этой задачей и умеют четко изложить свои мысли в медицинской документации. Следует разделить процесс постановки диагноза на этапы. Первый этап — непосредственное наблюдение у постели больного. Второй этап — этап абстрактного мышления — описание увиденных у больного изменений кожи устно или письменно. Третий этап — курация или амбулаторный прием. На этом этапе проводится работа с больными, длительно лежащими в клинике и осмотренными курсантами на предшествующих практических занятиях. Повторный разбор позволяет наблюдать динамику заболевания, оценить эффективность лечения, наметить дальнейшую тактику ведения больного. Степень усвоения полученной информации контролируется на клинических разборах, проводимых преподавателем группы. Улучшению наглядности преподавания служит также повышение материально-технической оснащенности лекций и практических занятий. Широко используются слайды, фотографии, схемы, таблицы. В настоящее время на практических занятиях в условиях клинического дермато-венерологического диспансера курсанты имеют возможность ознакомиться с первичными больными, приобрести опыт по заполнению истории болезни и выписке рецептов, освоить тактику противоэпидемических мероприятий при выявлении венерического больного. Кон-

троль над приобретением курсантами практических навыков осуществляется преподавателем группы во время клинических обходов, при разборе больных на занятиях. В последующем каждый обучающийся получает для курации больного, максимально соответствующего теме занятия и основной специальности врача. Самостоятельная работа курсанта проводится под контролем преподавателя. Заполняется медицинская документация. Во время курации преподаватель оценивает практические навыки врача-курсанта 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-курсантов 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-курсантов 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.
6. Опыт преподавания инфекционных дерматозов обучающимся смежных специальностей [Текст] / Т.В. Проценко [и др.] // Сборник научно-практических работ «Торсуевские чтения». – Вып.12. – 2016. – С. 115-120.

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

### EXPERIENCE OF TEACHING OF VENERIC DISEASES AND INFECTIONS TRANSMITTED BY SEXUAL TRAINING RELATED SPECIALTIES

*Donetsk National Medical University M. Gorky*

#### **Summary**

Features of teaching sexually transmitted diseases and STIs in postgraduate education to doctors of related specialties at the Department of Dermatovenereology and Cosmetology are presented.

**Keywords:** *postgraduate education, related specialties, venereal diseases, STI.*

### По следам конференций

Несмотря на сложности, 2017 год богат на практические и теоретические мероприятия в дерматовенерологии и эстетической медицине в регионе.

Традиционные ежемесячные междисциплинарные научно-практические конференции в рамках непрерывного последипломного образования, проводимые кафедрами факультета интернатуры и последипломного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького (кафедра дерматовенерологии и косметологии и кафедра педиатрии и неонатологии) под патронатом Министерства здравоохранения Донецкой Народной Республики (реестр МЗ ДНР, приказ №1441 от 13.12.2016), были посвящены актуальным разделам клинической медицины на стыке специальностей.

11 января 2017 г. на конференции «**Атопический дерматит у детей и взрослых**» были заслушаны и обсуждены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Атопическое воспаление в барьерных тканях (кожа, слизистые) в различные возрастные периоды и обоснование топической и системной коррекции», доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Атопический дерматит и лактозная непереносимость», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Оптимизация долгосрочной наружной терапии атопического дерматита», асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии, республиканский клинический дерматовенерологический диспансер - РКДВД) «Режимы фототерапии атопического дерматита в зависимости от возраста и формы атопического дерматита», доц. Голубова К.Э. (кафедра офтальмологии) «Поражения глаз при аллергических заболеваниях», д.мед.н. Богослав Ю.П. «Возрастные аспекты микробиоценоза влажной кожи и факторы устойчи-



ivosti к патогенам», доц. Тахташева И.Р. (кафедра дерматовенерологии и косметологии, РКДВД) «Принципы диагностики урогенитальных инфекций у детей с атопическим дерматитом», доц. Мельника В.А. (кафедра организации высшего образования, управления здравоохранением и эпидемиологии) «Применение современных иммунологических методов диагностики токсокароза у детей с кожными проявлениями аллергии». Л.В. Небесная, представитель Центра лабораторной диагностики «Био-лайн» (Донецк) ознакомила присутствующих с возможностями лабораторной диагностики лактозной непереносимости и аллергопрофилей в регионе.

8 февраля 2017 г. конференция была посвящена **проблеме псориаза и коморбидным состояниям**. Были заслушаны и обсуждены доклады проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Псориаз: патоморфологическое обоснование стандартов наружной и системной терапии»,

доц. Пшеничной Е.В., доц. Бордюговой Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Метаболические нарушения у детей: лечебно-профилактическая тактика», доц. Дубовой А.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Псориаз и дисэлементозы как проявления метаболических нарушений», доц. Голубова К.Э.



(кафедра офтальмологии) «Поражения глаз при псориазе», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Ониходистрофии и поражения ногтей при псориазе», асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии, РКДВД) «Дифференцированный подход к фототерапии псориаза», ординатора Эйжвертина Д.Ю. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Опыт применения препаратов дегтя

стрессорных расстройств и ко-морбидных состояний». Л.В. Небесная, представитель Центра лабораторной диагностики «Биолайн» (Донецк), ознакомила присутствующих с возможностями лабораторной диагностики метаболических нарушений. Доц. Мельник В.А. (кафедра организации ВО, УЗО и эпидемиологии) представил новый календарь профилактических прививок и особенности вакцинации в группах риска.

15 марта 2017 г. состоялась конференция на тему «Акне: междисциплинарные подходы к ведению больных с учетом пола и возраста», где с докладами выступила проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Акне: вопросы взаимодействия дерматологов, гинекологов, косметологов», доц. Пшеничная Е.В., асс. Тонких Н.А., доц. Бордюгова Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Кожные проявления у больных с метаболическими нарушениями», доц. Пшеничная Е.В., асс. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Подходы к рациональному питанию в подростковом возрасте», доц. Голубов К.Э., асс. Шевченко В.В. (кафедра офтальмологии) «Роль демодекса в поражении глаз», к.м.н. Яшина Е.Г. (Донецкий региональный центр охраны материнства и детства) «Гиперандрогении: современные принципы диагностики и лечения», к.м.н. Киосева Е.В. (Донецк) «Возможно-



сти психотерапии и психокоррекции при хронических рецидивирующих дерматозах с поражением эстетически значимых зон», к.м.н. Бабенко-Сорокопуд И.В. (Донецкий региональный центр охраны материнства и детства, республиканский специалист по организации медицинской помощи подросткам) «Особенности медицинского консультирования подростков с эстетическими проблемами». Л.В. Небесная, представитель Центра лабораторной диагностики «Биолайн» (Донецк), ознакомила присутствующих с современными подходами к диагностике аутоиммунных и инфекционных заболеваний.

## По следам конференций

12 апреля 2017 г. конференция была посвящена проблемам «**Пигментации и дисхромии**». С докладами выступили: проф. Проценко Т.В. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Пигментации кожи как проявления соматической, эндокринной или паранеопластической патологии (на примере разбора клинических случаев)», проф. Евтушенко С.К. (кафедра нервных болезней) «Пигментации и другие изменения кожи как проявления нейрофакоматозов», доц. Пшеничная Е.В., доц. Бордюгова Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Синдром множественных лентиго», проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Клинические аспекты естественной и искусственной фотопротекции кожи при пигментациях различного генеза», доц. Голубов К.Э. (кафедра офтальмологии) «Пигментные поражения глаз», к.м.н. Яшина Е.Г. (Донецкий региональный центр охраны материнства и детства) «Алгоритм обследо-



вания и лечебной тактики при гормон-индуцированных дерматопатиях, асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «UVB- и UVA фототерапия и риски пигментаций и дисхромий кожи (анализ 20-летнего клинического опыта)», асс. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Поражения кожи при тяжелом течение лямблиоза (на примере клинического случая у ребенка 7 лет)», к.м.н. Киосева Е.В. (Донецк) «Работа со сложным пациентом: возможности психотерапии и психокоррекции», Небесная Л.В. (Центр лабораторной диагностики БиоЛайн, Донецк) «Возможности лабораторной диагностики пищевой и лактозной непереносимости».



17 мая 2017 г. была проведена конференция на тему «**Фотоповреждения и риски развития аутоиммунных заболеваний и новообразований кожи**». С докладами выступили проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Особенности клиники и диагностики новообразований кожи в местах фотоповреждений», доц. Пшеничная Е.В., асс. Тонких Н.А. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Син-

дром Пеутц-Егерса-Турена», доц. Бордюгова Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Синдром «Леопарда» в клинической практике», доц. Голубов К.Э. (кафедра офтальмологии) «Поражения глаз при системных аутоиммунных заболеваниях», асс. Боряк С.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Эффективность UVB- и UVA фототерапия хронических дерматозов и риски осложнений (анализ 20-летнего клинического опыта)», проф. Белик И.Е. (кафедра дерматовенерологии) «Особенности клиники и диагностики хронической интегументной красной волчанки», к.м.н. Киосева Е.В. (Донецк) «Технологии влияния на поведенческие реакции сложных пациентов».

14 июня 2017 г. состоялась конференция на тему «**Новообразования и опухоли кожи**». Были представлены доклады проф. Проценко О.А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Дерматозы кончика носа («синдром Буратино»)», доц. Пшеничной Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Сосудистые новообразования раннего детского возраста: диагностическая и лечебная тактика», доц. Голубова К.Э. (кафедра офтальмологии) «Новообразования в прилежащих к глазу тканях», доц. Бордюговой

Е.В. (кафедра педиатрии и неонатологии) «Синдром LEOPARD в клинической практике (на примере разбора семейного случая)», к.м.н. Киосевой Е.В. (Донецк) «Возможности психокорректирующих воздействий в клинической практике», асс. Провизиона А.Н. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Преанкروزы и новообразования гениталий у мужчин», асс. Боряк С. А. (кафедра дерматовенерологии и косметологии) «Фототерапия: алгоритм назначения процедур и пути предупреждения осложнений».

27-28 апреля 2017 г. состоялся Междисциплинарный симпозиум по дерматокосметологии и эстетической медицине, организаторами которого были кафедра дерматовенерологии и косметологии факультета интернатуры и последиplomного образования Донецкого национального медицинского университета им. М. Горького и Центр медицинской косметологии GMG. В рамках Симпозиума состоялись 6 секций, в том числе «Ботулинотерапия в эстетической косметологии», «Гиперпигментации и розацеа: генез, диагностика, способы коррекции», «Инъекционный липолиз лица и тела», «Безоперационная ринопластика и роль стоматолога в гармонизации лица», «Коррекция гравитационных изменений лица и тела и асимметрий лица», «Новшества в самой продаваемой услуге - биоревитализации». Спикерами и модераторами секций были проф. Проценко Т.В. – заслуженный врач Украины, академик Академии наук высшего образования Украины и Международной Академии образования и науки, зав.каф. дерматовенерологии и косметологии Донецкого национального медицинского университета (ДонНМУ) им. М. Горького, к.м.н. Шелехов С.Ю. – зав. каф. дерматокосметологии КМУ ВШОЗ (Алмата, Казахстан), член экспертного совета по ботулинотерапии стран СНГ, проф. Проценко О.А. – академик Академии наук



высшего образования Украины и Международной Академии образования и науки, профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии ДонНМУ им. М. Горького; проф. Фисталь Э.Я. – директор ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака», заслуженный деятель науки и техники Украины, Лауреат государственной премии Украины, зав.каф. комбустиологии и пластической хирургии ДонНМУ им. М. Горького; д.мед.н. проф. Жуков М.И., Меркулов Д.С., Лукьянченко Е.Н., Качанова Е.В., доц. Грицкевич Н.Ю., к.м.н. Киосева Е.В. В режиме on-line был представлен доклад Carol Fousse (Париж, Франция) по патофизиологическому обоснованию воздействий космецевтики в эстетической медицине. Live-demo инъекционных методик липолиза лица и тела, ботулинотерапии верхней и нижней трети лица, нитевого лифтинга, контурной пластики носа продемонстрировали возможности эстетических воздействий.

Существенно раздвинули возможности профессионального общения конференции в режиме on-line.

## По следам конференций

2 марта 2017 г. состоялась междисциплинарная научно-практическая on-line конференция «Гемангиомы у детей как междисциплинарная проблема», в которой от Донецкой Народной Республики приняли участие ГУ «Институт неотложной и восстановительной хирургии им. В.К.Гусака» (заслуженный деятель науки и техники Украины, Лауреат государственной премии Украины, проф. Фисталь Э.Я.), Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького, кафедры детской и общей неврологии (заслуженный деятель науки и техники Украины, Лауреат государственной премии Украины, проф. Евтушенко С.К.), дерматовенерологии и косметологии (заслуженный врач Украины, академик АНВОУ и МАОН, проф. Проценко Т.В.), детской хирургии и



анестезиологии (доц. Щербинин А.В., асс. Черкун А.В.), комбустиологии и пластической хирургии (асс. Меркулов Д.С.), педиатрии и неонатологии (доц. Пшеничная Е.В.), НИИ травматологии и ортопедии (к.м.н. Чугуй Е.В.); от Луганской Народной Республики – ГУ «Луганский государственный медицинский университет», кафедра дерматовенерологии, психиатрии и наркологии (заслуженный врач Украины, проф. Радионов В.Г.).

3 марта 2017 г. состоялась международная научно-практическая on-line конференция «Эстетическое здоровье женщины», в которой от Донецкой Народной Республики приняли участие Донецкий национальный медицинский университет им. М. Горького - кафедры дерматовенерологии и косметологии (заслуженный врач Украины, академик АНВОУ и МАОН, проф. Проценко Т.В.) медицинской биологии (асс. Мехова Г.А.), стоматологии (доц. Трофимец Е.К.), акушерства, гинекологии и перинатологии (Трубникова И.О.); от

Луганской Народной Республики – ГУ «Луганский государственный медицинский университет» - кафедра физиологии (Карпушин Д.И.), акушерства и гинекологии (Чекмарева Д.Г.), нервных болезней с нейрохирургией (Кравцов Р.В.), фтизиатрии, клинической иммунологии, аллергологии и медицинской генетики (Малания Н.В., Недвига Ю.В.); от Забайкальского государственного университета (г.Чита, Российская Федерация) – Региональный центр инклюзивного образования (Ловчева М.С., Ланцова И.Н.).

*Материал подготовили проф. Проценко Т.В., Провизион А.Н.*

## 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 подрисуночными подписями, включающими номер, название иллюстрации и при необходимости условные обозначения. Заголовок необходимо располагать под рисунком, выравнивание по центру. В подписях к микрофотографиям указываются метод окраски и увеличение. Все имеющиеся на рисунках детали обозначаются арабскими цифрами или строчными буквами латинского алфавита, которые расшифровываются в подписи. На

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

**Библиографические списки и ссылки на литературу.** Список 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: ПТПУ, 2004.- 24 с.

### Составная часть документов

#### Статья из...

*...собрания сочинений*

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

*...книги, сборника*

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

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

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

*...продолжающегося издания*

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

**Борисова, Н.В. Православие и культура** [Текст] / Н.В. Борисова, Т.А. Полякова // 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.htm1>).

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

### Примечание.

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

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

