



ISSN 1994-8921

**ЗДОРОВЬЕ,
ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ
ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ**

**N°4
2016**

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy

ЗДОРОВЬЕ, ДЕМОГРАФИЯ, ЭКОЛОГИЯ ФИННО-УГОРСКИХ НАРОДОВ

HEALTH, DEMOGRAPHY, ECOLOGY OF FINNO-UGRIC PEOPLES

МЕЖДУНАРОДНЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
INTERNATIONAL THEORETICAL AND PRACTICAL JOURNAL

СПЕЦИАЛЬНЫЙ ВЫПУСК
SPECIAL EDITION

ОСНОВАН В 2008 ГОДУ

FOUNDED IN 2008

№ 4

ВЫХОДИТ ЕЖЕКВАРТАЛЬНО

Главный редактор *Н.С. Стрелков*

Editor-in-Chief N.S. Strelkov

ИЖЕВСК • 2016

IZHEVSK • 2016

РЕДАКЦИОННАЯ КОЛЛЕГИЯ

Н.С. Стрелков (Российская Федерация), главный редактор; **Л.Л. Майор** (Венгрия), заместитель главного редактора; **Л. Ленард** (Венгрия), заместитель главного редактора

EDITORIAL BOARD

N.S. Strelkov (*Russian Federation*), Editor-in-Chief; Deputy Editor-in-Chief;
L.L. Major (*Hungary*), **L. Lenard** (*Hungary*), Deputy Editor-in-Chief

РЕДАКЦИОННЫЙ СОВЕТ

Я.М. Вахрушев (Ижевск); **Л.Н. Буранова** (Ижевск); **О.А. Корепанова** (Ижевск); **Г.А. Никитина** (Ижевск); **Г.В. Павлова** (Ижевск); **Н.М. Попова** (Ижевск); **В.Ф. Стафеев** (Петрозаводск); **В.В. Фаузер** (Сыктывкар); **А.Д. Чуршин** (Ижевск); **А.Е. Шкляев** (Ижевск); **Л.Л. Шубин** (Ижевск); **М.А. Якунчев** (Саранск)

EDITORIAL COUNCIL

Ya.M. Vakhrushev (*Izhevsk*); **L.N. Buranova** (*Izhevsk*); **O.A. Korepanova** (*Izhevsk*); **G.A. Nikitina** (*Izhevsk*); **G.V. Pavlova** (*Izhevsk*); **N.M. Popova** (*Izhevsk*); **V.F. Stafeev** (*Petrozavodsk*); **V.V. Fauzer** (*Syktvykar*); **A.D. Churshin** (*Izhevsk*); **A.Ye. Shklyayev** (*Izhevsk*); **L.L. Shubin** (*Izhevsk*); **M.A. Yakunchev** (*Saransk*)

Ответственный секретарь **К.А. Данилова**
Executive secretary **X.A. Danilova**

Адрес редакции: Россия, Удмуртская Республика, 426034,
г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281
Телефон (3412) 68-52-24

Зарегистрирован Федеральной службой по надзору в сфере связи,
информационных технологий и массовых коммуникаций.
Свидетельство ПИ № ФС77-36977 от 27.07.2009.
Журнал включен в систему Российского индекса научного цитирования.
Публикуемые статьи в полнотекстовом доступе размещаются на сайте
научной электронной библиотеки www.elibrary.ru.

© ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия
МЗ РФ», 2016

Научный редактор *Н.М. Попова*
Компьютерная верстка *М.С. Ширококова*
Художественный редактор *А.С. Киселёва*
Переводчик *М.Л. Кропачева*
Корректор *Н.И. Ларионова*
Дата выхода в свет 20.10.2016. Подписано в печать 13.10.2016.
Формат 60×84/8. Усл. печ. л. 6,2. Уч.-изд. л. 4,8.
Тираж 500 экз. Зак.

РИО ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ»
Учредитель: ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281.
Отпечатано в МУП г. Сарапула «Сарапульская типография»
427900, г. Сарапул, ул. Раскольниковы, 152.
Цена свободная.

Министерство здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия»
Министерство здравоохранения Удмуртской Республики

*Ministry of Health of the Russian Federation
Izhevsk State Medical Academy
Ministry of Health of the Udmurt Republic*

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

*Материалы республиканской научно-практической конференции,
посвящённой 80-летию кафедры дерматовенерологии
ФГБОУ ВО ИГМА Минздрава России и 70-летию БУЗ УР РКВД МЗ УР*

*20–21 октября 2016 года
г. Ижевск*

TOPICAL ISSUES OF DERMATOVENEREOLOGY AND COSMETOLOGY

*Materials of the Republic scientific and practical conference
dedicated to the 80th anniversary of the department of dermatovenereology
of Izhevsk State Medical Academy
and the 70th anniversary of the Republic Dermatovenereologic Clinic*

*October 20–21, 2016
Izhevsk*

ОРГАНИЗАЦИОННЫЙ КОМИТЕТ

СОПРЕДСЕДАТЕЛИ:

- **Стрелков Николай Сергеевич** – ректор ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
- **Чуршин Алексей Дмитриевич** – министр здравоохранения УР доктор медицинских наук

ЧЛЕНЫ ОРГАНИЗАЦИОННОГО КОМИТЕТА:

1. **Дёмина Татьяна Юрьевна** – заместитель министра здравоохранения УР;
2. **Шкляев Алексей Евгеньевич** – проректор по научной работе ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
3. **Мерзляков Владимир Анатольевич** – главный врач БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер», главный внештатный специалист-эксперт по дерматовенерологии и косметологии МЗ УР, главный внештатный специалист Экспертного совета в сфере здравоохранения МЗ РФ;
4. **Загртдинова Ризид Миннесагитовна** – заведующий кафедрой дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» доктор медицинских наук, профессор;
5. **Ляшенко Наталья Владимировна** – доцент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» кандидат медицинских наук;
6. **Коробейникова Эмилия Александровна** – ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» кандидат медицинских наук;
7. **Бычкова Наталья Юрьевна** – ассистент кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» кандидат медицинских наук

ORGANIZING COMMITTEE

CO-CHAIRS:

- **Strelkov Nikolay Sergeevich** – Rector of Izhevsk State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, professor;
- **Churshin Alexey Dmitriyevich** – Minister of health of the Udmurt Republic, Doctor of Medical Sciences

MEMBERS OF THE ORGANIZING COMMITTEE:

1. **Demina Tatyana Yuryevna** – Deputy minister of health of the Udmurt Republic;
2. **Shklyayev Alexey Yevgenyevich** – Vice-rector for scientific research of Izhevsk State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor;
3. **Merzlyakov Vladimir Anatolyevich** – Head doctor of the Republic Dermatovenereologic Clinic, out-of-staff expert, leading authority on dermatology, venereology and cosmetology of the Ministry of Health of the Udmurt Republic, out-of-staff expert, leading authority of the council of experts in public health of the Ministry of Health of the Russian Federation;
4. **Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna** – Head of the Department of dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences, Professor;
5. **Lyashenko Natalya Vladimirovna** – Associate Professor of the Department of dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy, Candidate of Medical Sciences;
6. **Korobeinikova Emilia Aleksandrovna** – Lecturer of the Department of dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy, Candidate of Medical Sciences;
7. **Bychkova Natalia Yurievna** – Lecturer of the Department of dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy, Candidate of Medical Sciences

СОДЕРЖАНИЕ

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ УДМУРТИИ В ЛИЦАХ И ЦИФРАХ

Э. А. Коробейникова

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛО-
ГИИ ФГБОУ ВО «ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАР-
СТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ» 9

E. A. Korobeinikova

HISTORY OF THE DEPARTMENT OF DERMA-
TOVENEREOLOGY OF IZHEVSK STATE MEDI-
CAL ACADEMY 9

М. С. Алексеева

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛО-
ГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И РЕСПУБЛИКАНС-
КОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИС-
ПАНСЕРА В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ 10

M. S. Alexeeva

HISTORY OF DEVELOPMENT OF DERMA-
TOVENEREOLOGIC SERVICE AND REPUB-
LIC DERMATOVENEREOLOGIC CLINICIN OF
THE UDMURT REPUBLIC 11

Н. В. Ляшенко

РИЗИДА МИННЕСАГИТОВНА ЗАГРТДИНО-
ВА – ВРАЧ, РУКОВОДИТЕЛЬ, УЧЁНЫЙ 14

N. V. Lyashenko

RIZIDA MINNESAGITOVNA ZAGRTDINOVA –
A DOCTOR, A LEADER AND A SCIENTIST 14

Р. М. Загртдинова

ЭМИЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА КОРОБЕЙНИ-
КОВА – ВЕТЕРАН КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕ-
НЕРОЛОГИИ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕН-
НОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ 15

R. M. Zagrtdinova

EMILIA ALEXANDROVNA KOROBEGINIKO-
VA – THE VETERAN OF THE DEPARTMENT
OF DERMATOVENEREOLOGY OF IZHEVSK
STATE MEDICAL ACADEMY 15

О. В. Мартюшева, Е. Ю. Гурьянова

К 65-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЗАВЕДУ-
ЮЩЕГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРА-
ТОРИЕЙ ЧЕРЕДНЯКОВОЙ ЛЮБОВИ АЛЕК-
СЕЕВНЫ 16

O. V. Martyusheva, E. Yu. Guryanova

65TH BIRTHDAY OF LUBOV CHEREDNYAKO-
VA, THE HEAD OF THE BACTERIOLOGICAL
LABORATORY 16

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

С. А. Вострикова, Н. И. Пенкина

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ БОЛЕЗ-
НЯМИ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ,
АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ 18

S. A. Vostrikova, N. I. Penkina

MORBIDITY OF ADOLESCENTS WITH DIS-
EASES OF SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUES
AND ATOPIC DERMATITIS 18

О. И. Мельник, В. А. Мерзляков

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ АТОПИЧЕСКОГО
ДЕРМАТИТА НА БАЗЕ БУЗ УР «РЕСПУБЛИ-
КАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ
ДИСПАНСЕР МЗ УР» 20

O. I. Melnik, V. A. Merzlyakov

WORK EXPERIENCE OF «SCHOOL OF ATOPIC
DERMATITIS». 21

Т. Л. Рединова

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛИЗИС-
ТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАСЕЛЕ-
НИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ 22

T. L. Redinova

DYNAMICS OF THE MORBIDITY OF ORAL
MUCOSA DISEASES AMONG THE POPULA-
TION OF THE UDMURT REPUBLIC 22

А. С. Духанин, Н. П. Теплюк, А. А. Лепехова

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕ-
ЧЕНИИ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ
ИСТИННОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫР-
ЧАТКИ 24

A. S. Dukhanin, N. P. Teplyuk, A. A. Lepekhova

PERSONALIZED APPROACH IN THE TREAT-
MENT OF STEROID-RESISTANT FORMS OF
AUTOIMMUNE PEMPHIGUS 24

М. К. Ермакова, Л. П. Матвеева, С. Н. Найдёнкина

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ
ИНФЕКЦИИ НА ОБОСТРЕНИЕ КОЖНЫХ
И РЕСПИРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕР-
ГИИ У ДЕТЕЙ 26

M. K. Ermakova, L. P. Matveeva, S. N. Naidenkina

IMPACT OF RESPIRATORY VIRAL INFEC-
TION ON THE EXACERBATION OF CUTANE-
OUS AND RESPIRATORY MANIFESTATIONS
OF ALLERGIC CONDITIONS IN CHILDREN 27

<i>Р. М. Загртдинова, Р. Н. Загртдинова, М. В. Лекомцева, Е. Г. Редькина</i> ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИ- РОВАНИЯ АКНЕ	29	<i>М. V. Babushkina, R. M. Zagrtdinova, G. S. Ivanova</i> CLINICAL, DERMATOSCOPIC AND PATHO- MORPHOLOGICAL FEATURES OF SCALP SAR- COIDOSIS	41
<i>R. M. Zagrtdinova, R. N. Zagrtdinova, M. V. Lekomtseva, E. G. Redkina</i> IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF ACNE FOR- MATION	29	<i>Р. М. Загртдинова, М. А. Дош, А. Р. Проненко</i> ВЫЯВЛЕНИЕ НЕЙРОСИФИЛИСА В ПРО- ЦЕССЕ СКРИНИНГА БОЛЬНЫХ СКРЫТЫМ СИФИЛИСОМ	43
<i>Н. А. Кирьянов, Е. А. Ложкин, С. А. Суханов</i> ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОС- ТИКА ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА	32	<i>R. M. Zagrtdinova, M. A. Dosh, A. R. Pronenko</i> REVEALING NEUROSYPHILIS DURING THE SCREENING OF PATIENTS WITH LATENT SYPHILIS	43
<i>N. A. Kiryanov, E. A. Lozhkin, S. A. Sukhanov</i> IMMUNOHISTOCHEMICAL DIAGNOSIS OF MYCOSIS FUNGOIDES	32	<i>Н. Ю. Кононова, Т. Е. Чернышова, Р. М. Загртдинова</i> БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ КАК ПОКАЗА- ТЕЛЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАН- НОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	45
<i>Н. А. Кирьянов, В. В. Спиридонова, М. Х. Хусаинова, Е. А. Зубкова, А. Р. Тимербаева</i> ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ.	34	<i>N. Yu. Kononova, T. Ye. Chernyshova, R. M. Zagrtdinova</i> BIOLOGICAL AGE AS AN INDICATOR OF PREMATURE AGING IN FEMALE PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA	45
<i>N. A. Kiryanov, V. V. Spiridonova, M. Kh. Khusainova, E. A. Zubkova, A. R. Timerbaeva</i> DIAGNOSIS OF BENIGN TUMOURS OF THE SKIN	34	<i>Н. Ю. Бычкова</i> ПАТОЛОГИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА	47
<i>Р. Н. Загртдинова, А. Н. Ибрагимова</i> СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФ- ФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОС- КОГО ЛИШАЯ В УСЛОВИЯХ БУЗ УР РКВД МЗ УР.	36	<i>N. Yu. Bychkova</i> CONNECTIVE TISSUE PATHOLOGY IN THE PRACTICE OF A COSMETOLOGIST	47
<i>R. N. Zagrtdinova, A. N. Ibragimova</i> COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LI- CHEN PLANUS TREATMENT EFFECTIVE- NESS	36	<i>Ф. К. Тетелюткина, Н. Н. Лагутко, Н. М. Попова, Э. Р. Фазлеева, Т. В. Сушенцова</i> СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕ- МЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИ- ЕЙ НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ	50
<i>Н. В. Ляшенко, Н. А. Колясева</i> KID-СИНДРОМ: ЭРИТРОДЕРМИЯ ВРОЖ- ДЕННАЯ ИХТИОЗИФОРМНАЯ С ГЛУХОТОЙ И КЕРАТИТОМ.	39	<i>F. K. Tetelyutina, N. N. Lagutko, N. M. Popova, E. R. Fazleeva, T. B. Sushencova</i> SOCIAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPOTENSION FOR NON-DIFFERENTIAL CONNECTIVE TIS- SUE DYSPLASIA	50
<i>N. V. Lyashenko, N. A. Kolyaseva</i> KID SYNDROME: CONGENITAL ICHTHYO- SIFORM ERYTHRODERMA WITH DEAFNESS AND KERATITIS.	39		
<i>М. В. Бабушкина, Р. М. Загртдинова, Г. С. Иванова</i> КЛИНИЧЕСКИЕ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОС- ТИ САРКОИДОЗА КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАС- ТИ ГОЛОВЫ	41		



Глубокоуважаемые коллеги, читатели журнала!



В 2016 году отмечаются 80-летие кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ и 70-летие БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР».

Республиканский кожно-венерологический диспансер является ведущим звеном дерматовенерологической службы республики. Кожные заболевания вызывают не только физические, но и социальные проблемы, которые часто способствуют развитию депрессивных состояний и снижению качества жизни пациентов. Для решения данных проблем необходима высококвалифицированная помощь врача-дерматовенеролога. Продолжает оставаться актуальной роль дерматовенерологической службы и в борьбе с заболеваниями, передаваемыми половым путем.

На кафедре дерматовенерологии обучаются студенты, осуществляется подготовка кадров через интернатуру, ординатуру, аспирантуру, повышают квалификацию врачи. Сотрудники кафедры активно участвуют в подготовке и проведении республиканских, межрегиональных научно-практических конференций, посвященных актуальным вопросам дерматовенерологии и косметологии. Активно функционирует Удмуртское региональное отделение Российского общества дерматологов и косметологов.

Результаты научных исследований кафедры опубликованы в специализированных изданиях. Кафедра активно привлекает к научным изысканиям практических врачей.

Слаженная квалифицированная деятельность дерматовенерологической службы достигнута благодаря взаимопониманию и совместной работе сотрудников кафедры и диспансера. Вы пользуетесь высоким авторитетом среди врачей республики и ученых-дерматовенерологов России.

Поздравляю сотрудников кафедры и дерматовенерологов республики с юбилеем, желаю крепкого здоровья, новых научных достижений, успехов в организации медицинской помощи населению и подготовке кадров.

Главный редактор журнала, ректор ФГБОУ ВО
«Ижевская государственная медицинская академия» Минздрава России
доктор медицинских наук, профессор **Н. С. Стрелков**



Dear colleagues, readers of the journal!

Among the momentous events of 2016 in our academy there is the 80th anniversary of the department of dermatovenereology and 70th anniversary of the Republic Dermatovenereologic Clinic.

The Republic Dermatovenereologic Clinic occupies the leading position in dermatovenereologic service of our republic. As skin diseases cause not only physical but also social problems which often result in depressive conditions and bring down the quality of patients' life, qualified dermatovenereologic service is very important. Dermatovenereologic service plays a big part in fighting sexually transmitted diseases.

The department of dermatovenereology, in its turn, is the centre of skilled personnel preparation which is carried out through internship, residency, and advanced training courses for doctors. The staff members of the department take an active part in organizing and holding republic scientific and practical conferences devoted to topical problems of dermatology, venereology and cosmetology. The staff of the department enjoys prestige among the doctors of the republic and dermatovenereologists-researchers of Russia and provides knowledge through the activities of Udmurt Regional Department of Russian Society of Dermatologists and Cosmetologists.

The results of the researches of the department are published in specialized journals. The staff members actively involve medical practitioners in medical research.

Cooperative qualified activity of dermatovenereologic service has been achieved due to mutual understanding and assistance of the specialists of the clinic and staff members of the department of dermatovenereology.

I'd like to congratulate the staff members of the department of dermatovenereology and all dermatovenereologists of the republic on their jubilee. I wish you excellent health, new scientific achievements and every success in your work.

Editor-in-Chief of the international scientific journal,
Rector of Izhevsk State Medical Academy, Doctor of Medical Sciences,
Professor **N. S. Strelkov**

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ УДМУРТИИ В ЛИЦАХ И ЦИФРАХ

УДК 378.661 (470.51-25):616.5 (091)

Э. А. Коробейникова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

ИСТОРИЯ КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ

ФГБОУ ВО «ИЖЕВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ»

Коробейникова Эмилия Александровна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77; тел. 8 (3412) 66-34-33; e-mail: kafedra.derma@yandex.ru

Описана история становления и развития кафедры дерматовенерологии Ижевской государственной медицинской академии.

Ключевые слова: история кафедры; дерматовенерология

E. A. Korobeinikova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

HISTORY OF THE DEPARTMENT OF DERMATOVENEREOLOGY OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Korobeinikova Emilia Aleksandrovna — Lecturer Candidate of Medical Sciences; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru

The article is about the foundation and development of the Department of Dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy.

Key words: history of a department; dermatology; venereology

Кафедра дерматовенерологии была основана в 1936 году. Организатором кафедры и первым его руководителем был доктор медицинских наук, профессор Н. Н. Чумаков, участник Великой Отечественной войны, который возглавлял кафедру с 1936 по 1954 год. Он написал около 70 научных работ, в основном по вопросам профессиональной дерматологии, им разработаны методы профилактики масляных фолликулитов, профессиональной экземы и другие. Под руководством Н. Н. Чумакова защищено 2 докторские и 8 кандидатских диссертаций.

С 1954 по 1956 год кафедру возглавлял канд. мед. наук, доц. П. В. Печерников. Им выполнено 14 научных работ, посвященных серодиагностике сифилиса, лечению грибковых заболеваний, трансфузии крови при дерматозах и др.

С 1956 по 1966 год заведующим кафедрой был профессор Леонид Иванович Фандеев. Литературное наследие ученого — около 100 печатных

работ. Большое число его трудов посвящено отдельным вопросам этиологии, патогенеза и лечения кожных заболеваний (экземы, псориаза, красной волчанки, пиодермий, грибковых болезней и профессиональных дерматозов), а также дерматологической казуистике. Исключительное внимание он уделял вопросам истории отечественной дерматовенерологии. Профессор Фандеев был прекрасным педагогом, опубликовал ряд работ по вопросам преподавания дерматовенерологии в медицинских институтах. Он является автором общеизвестного учебника для медицинских училищ «Кожные и венерические болезни», выдержавшего три издания. В последние годы жизни Леонид Иванович работал над изучением энтеропатического акродерматита. Первое в нашей стране казуистическое описание этого редкого, но чрезвычайно интересного дерматоза представлено Л. И. Фандеевым в 1961 году.

С 1966 по 1968 год обязанности заведующего кафедрой Ижевского государственного медицинского института исполняла Е. Т. Артемьева, участник Великой Отечественной войны, любимица студентов. Научный интерес Евдокии Тимофеевны был направлен на изучение эпидемиологии и лечения трихомикозов.

С 1968 по 1998 год заведующий кафедрой дерматовенерологии – профессор Григорий Эльевич Шинский, участник Великой Отечественной войны. Основными направлениями научной деятельности Г.Э. Шинского было изучение вопросов клиники, патогенеза и терапии хронических, упорно протекающих дерматозов, а также висцеропатий сифилиса, редко встречающихся дерматозов. Под его руководством выполнено 5 кандидатских диссертаций, он – автор более 200 научных работ.

С 1998 года кафедру возглавляет доктор медицинских наук, профессор, заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики, врач высшей квалификационной категории Загртдинова Ризид Миннесагитовна, автор более 200 научных работ. Под её руководством защищено 8 кандидатских диссертаций.

Основные направления научных исследований сотрудников кафедры за последние годы посвящены изучению звеньев патогенеза псориаза; эпидемиологии и клиническим особенностям генодерматозов в Удмуртской Республике; особенностям инфекций, передаваемых половым путём на территории республики; распространённости, особенностям течения и лечению акне.

На кафедре преподают основы современной дерматовенерологии в рамках подготовки студентов к профессиональной деятельности (профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, научно-исследовательской) и формирования общекультурных и профессиональных компетенций на лечебном, педиатрическом и стоматологическом факультетах. Углубленные зна-

ния по актуальным вопросам дерматовенерологии студенты имеют возможность получить и при работе в научном обществе молодых ученых и студентов. В СНО ежегодно на кафедре занимаются 25–30 студентов, готовятся 4–6 докладов на студенческую научную конференцию.

Подготовка специалистов-дерматовенерологов осуществляется в интернатуре, ординатуре и аспирантуре. Врачи республики имеют возможность повышать свою квалификацию на базе кафедры.

Заведующий кафедрой профессор Р.М. Загртдинова возглавляет Удмуртское региональное общество дерматологов и венерологов (РОДВК). Под её руководством ежегодно проводится 4 республиканские научно-практические конференции, в том числе с приглашением смежных специалистов: педиатров, терапевтов, неврологов, стоматологов, акушер-гинекологов и урологов. Также ежегодно проводится 4–5 заседаний регионального общества РОДВК. При обществе работает секция эстетической медицины, которую возглавляет ассистент кафедры главный внештатный специалист по профилю косметология МЗ УР кандидат медицинских наук Бычкова Наталья Юрьевна.

Профессор Р.М. Загртдинова ведёт большую консультативную работу в лечебных учреждениях республики, является экспертом комиссии по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при правительстве Удмуртской Республики.

Кафедра базируется в республиканском кожно-венерологическом диспансере, имеющем 100 круглосуточных и 50 коек дневного стационара, клиническую, серологическую, бактериологическую и биохимическую лаборатории, где созданы все условия для преподавания и научно-исследовательской деятельности сотрудников кафедры и врачей клиники.

УДК 614.212:616.5 (470.51)

М. С. Алексеева

БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

ИСТОРИЯ РАЗВИТИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ И РЕСПУБЛИКАНСКОГО КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСERA В УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКЕ

Алексеева Мария Сергеевна — заместитель главного врача по организационной методической работе; 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 100, факс: 8 (3412) 68-19-14, e-mail: rkvd@lenina100.ru

Прослежена история развития республиканского кожно-венерологического диспансера, описаны современные возможности и достижения.

Ключевые слова: республиканский кожно-венерологический диспансер; история; достижения

M. S. Alexeeva

Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk

HISTORY OF DEVELOPMENT OF REPUBLIC DERMATOVENEREOLOGIC SERVICE AND DERMATOVENEREOLOGIC CLINIC IN OF THE UDMURT REPUBLIC

Alexeeva Maria Sergeevna — Deputy Head Doctor for Organizational Work; 426009, Izhevsk, 100 Lenina st., fax 8 (3412) 68-19-14, e-mail: rkvd@lenina100.ru

The history of the Republic Dermatovenereologic Clinic has been traced; its possibilities and achievements are described.

Key words: Republic Dermatovenereologic Clinic; history; achievements

Со времени учреждения в Вятской губернии института земства в 1867 году земские врачи начали уделять большое внимание проблеме заболеваемости сифилисом, которая в конце 19-го начале 20-го веков была угрожающей. Так, при осмотре населения Бисерской волости Глазовского уезда был выявлен сифилис у каждого третьего жителя (1877 г.). Население некоторых деревень было почти поголовно заражено сифилисом (Можгинская волость, 1907 г.). Чрезвычайно большой удельный вес составляли больные дети — до 29% из общего числа больных сифилисом (1882 г.). Местное население все болезни считало наваждением злого духа, мало того, саму болезнь люди олицетворяли.

Специализированная дерматовенерологическая помощь в республике начала создаваться в 20-е годы XX столетия. Заболеваемость сифилисом и другими венерическими болезнями тогда носила характер пандемии, очень высок был процент больных, страдающих врожденным сифилисом.

В Удмуртии была организована сеть городских кожно-венерологических диспансеров, а в сельской местности — венерологических пунктов. В начале 20-х годов введен метод диспансеризации венерических больных. Огромную работу проделали венотряды, работавшие по экспедиционному методу. Отряды активно выявляли больных сифилисом, осматривали их контакты и направляли их на лечение в венерологические пункты на базе акушерско-фельдшерских и фельдшерских пунктов.

В предвоенный 1940 год в республике было 6 диспансеров и 26 венпунктов. Единого, постоянно действующего организационно-методического центра по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями не было. В апреле 1946 года по приказу наркомата здравоохранения Удмуртии Ижевский городской кожно-венерологический диспансер был реорганизован в республиканский. Создание республиканского кожно-венерологического диспан-

сера (РКВД) стало логическим завершением организации единой системы медицинской помощи больным кожными и венерическими заболеваниями в республике.

С момента возникновения РКВД становится центром, вокруг которого объединяются все мероприятия по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями. Первым главным врачом РКВД стал Василий Иосифович Золотухин и возглавлял его работу до 1951 года.

Диспансер располагался на втором этаже здания по ул. В. Сивкова, 177, первый этаж которого занимал психоневрологический диспансер. Здесь вели амбулаторный прием больных кожными и венерическими заболеваниями. Своего стационара диспансер не имел. Больные госпитализировались в кожно-венерологическое отделение БУЗ УР 2 ГКБ МЗ УР.

В 1949 году после реконструкции и ремонта здания РКВД занимает два этажа здания. Организуется серологическая лаборатория, два диспансерных отделения — мужское и женское.

С 1951 по 1972 год РКВД руководила Варвара Петровна Коненкова — уникальный человек, талантливый организатор, заслуженный врач РСФСР и УАССР, отличник здравоохранения, высококвалифицированный практический врач, педагог. Под ее руководством в 1954 году были расширены рабочие площади РКВД.

В 1965 году сдан в эксплуатацию новый корпус РКВД по ул. Ленина, 77. В новом здании развернуты стационар и поликлиника на 500 посещений в день. Стационар состоял из взрослого и детского кожных отделений.

В это же время были организованы централизованная серологическая, бактериологическая, гистологическая, биохимическая и клиническая лаборатории. В 1965 году организован микологический кабинет. Под руководством В. П. Коненковой открыто смешанное отделение. Микологическое отделение было совмещено с детским кожным отделением. Ко-

ечный фонд вырос до 150, работало 35 врачей-венерологов.

С 1972 по 1979 год РКВД возглавлял Сергей Маликович Бикметов. В 1977 году был создан организационно-методический отдел. В это время активно начинают свою работу межведомственные комиссии по борьбе с вензаболеваниями, становится системой совместная работа с врачами смежных специальностей. В 1977 году городской оперативный отряд организовал доставку для обследования на вензаболевания лиц, ведущих аморальный образ жизни.

В 1978 году РКВД передаются аварийные нефункционирующие здания республиканской физиолечебницы и 3-й Республиканской больницы.

С 1979 года главным врачом РКВД становится Владимир Анатольевич Мерзляков. Под его руководством реконструируется здание бывшей физиолечебницы, из одноэтажного здание становится двухэтажным, где располагается мужское спецотделение на 50 коек и централизованная бактериологическая лаборатория. Благодаря усилиям Мерзлякова Владимира Анатольевича осуществлен капитальный ремонт здания по ул. Ленина, 100, где разместились женское специализированное и диспансерное отделения. С вводом в эксплуатацию нового здания расширилась полезная площадь диспансера, что позволило перевести серологическую лабораторию и урологические кабинеты из здания по ул. В. Сивкова в основной корпус на Ленина, 100. Коечный фонд РКВД увеличился до 200. Удалось расширить физиотерапевтический кабинет. В это время внедрены новые перспективные методы лечения больных: лазеротерапия (1979 г.), ПУВА-терапия (1981 г.), барокамера для лечения сосудистых поражений кожи (1983 г.). Ввод в практику данных методов лечения позволил снизить удельный вес тяжелой кожной патологии в структуре заболеваемости.

В 1988 году главным врачом РКВД становится Светлана Алексеевна Мичкова, ее заместителем Ольга Ивановна Зеленина. Их заслугой является отработка взаимосвязей совместной работы с органами МВД, городским оперотрядом, санитарно-эпидемиологической станцией. В диспансере производится реорганизация: образуются диагностический, стоматологический кабинеты, вводится должность заместителя главного врача по экономике.

В 1994 году к руководству диспансером возвращается Владимир Анатольевич Мерзляков.

90-е годы, в силу ряда причин социально-экономического характера, отмечены беспрецедентным ростом инфекций, передаваемых половым путем. Так, заболеваемость сифилисом достигла своего пика в 1996 году и выросла в 424 раза по сравнению с 1991 годом. Это потребовало принятия экстренных мер для предотвращения дальнейшего распространения инфекций.

Постановлением Совета министров Удмуртской Республики в 1994 году была создана межведомственная комиссия по борьбе с венерическими заболеваниями. Создаются две современные лаборатории по диагностике инфекций, передаваемых половым путем, внедряются высокоэффективные методы лечения. Несмотря на крайне неблагоприятную экономическую ситуацию Министерство здравоохранения находит средства на эти цели.

В 1994 году СПИД-лаборатория РКВД оснащается оборудованием для иммуноферментного анализа. Внедряется диагностика хламидийной инфекции методом ПИФ.

Приказом Минздрава УР от 14.11.1994 г. РКВД получает наименование государственное учреждение здравоохранения «Республиканский кожно-венерологический диспансер» Министерства здравоохранения Удмуртской Республики (ГУЗ РКВД МЗ УР).

В 1996 году в связи с ростом заболеваемости сифилисом как в Российской Федерации, так и в Удмуртской Республике, введен компьютеризованный учет больных. В 1997 году организуется первая в республике ПЦР-лаборатория для диагностики заболеваний, передаваемых половым путем. В 1998 году открывается кабинет УЗИ, оснащенный современным оборудованием. В 1999 году выделен кабинет для детского приема.

Под руководством В. А. Мерзлякова проводится ряд реорганизационных мероприятий, направленных на «выживание» диспансера в сложных экономических условиях, показавших в дальнейшем высокую эффективность. В 2001 году организована своя бухгалтерия.

С увеличением числа лабораторных исследований было необходимо проведение капитального ремонта централизованной серологической лаборатории, ПЦР-лаборатории и их переоснащение, что было сделано в 2002–2003 годы. В целях рационального использования коечного

фонда и финансовых ресурсов мужское спецотделение было реорганизовано в дневной стационар № 1.

Летом 2003 года, после назначения В. А. Мерзлякова министром здравоохранения Удмуртской Республики, главным врачом РКВД становится Виталий Михайлович Новиков. Его заслугой является последующее развитие стационарзамещающих подразделений РКВД – открытие в 2005 году после капитальной реконструкции на базе женского спецотделения дневного стационара № 2. В 2005 году открывается трихологический кабинет, организуется микологический кабинет с внедрением комплексного аппаратного лечения грибковых заболеваний ногтей. В этот период проводится поэтапный комплексный ремонт подразделений РКВД.

В 2006 году к руководству диспансером вновь возвращается Владимир Анатольевич Мерзляков. В этом же году была проведена реорганизация дерматовенерологической помощи в городе Ижевске. На основании распоряжения Правительства Удмуртской Республики от 25 сентября 2006 года № 986-р и Приказа МЗ УР от 03 августа 2006 года № 344 МУЗ «Городской кожно-венерологический диспансер» Управления здравоохранения города Ижевска присоединен к ГУЗ РКВД МЗ УР.

Республиканский кожно-венерологический диспансер первым в Волго-Вятском регионе приступил к массовому обследованию на ИППП беременных и женщин детородного возраста. Это позволяет своевременно выявить заболевание и предотвратить перинатальную инфекцию плода, а значит, существенно повысить процент рождения здоровых детей. В настоящее время БУЗ УР РКВД МЗ УР располагает возможностью обследовать абсолютно всех обращающихся будущих матерей.

В настоящее время РКВД – это крупное учреждение здравоохранения, оказывающее высококвалифицированную специализированную консультативно-диагностическую, лечебно-профилактическую дермато-венерологическую помощь населению и организационно-методическую помощь МО республики. Структура БУЗ УР РКВД МЗ УР включает два круглосуточных стационара, дневной стационар, работающий в две смены, организационно-методический отдел, современную поликлинику, две централизованных лаборатории и клинико-диагностическую лабораторию.

Ежегодно в стационаре РКВД получают медицинскую помощь более 3 тысяч больных, а поликлиника принимает свыше 200 тысяч пациентов. На бесплатный первичный прием в РКВД может обратиться любой житель республики.

В двух централизованных лабораториях – бактериологической и серологической – для жителей всей республики проводится полный спектр исследований на инфекции, передаваемые половым путем (ИППП). Врачи диспансера применяют самые современные методы диагностики, позволяющие выявлять все известные на сегодняшний день ИППП. Диспансер располагает для этого соответствующим оборудованием, в том числе таким уникальным как аппарат для ДНК-диагностики. На базе РКВД работает центр «Доверие», где могут получить бесплатную консультативную и диагностическую помощь все подростки республики.

В последние годы внедрены высокоэффективные методы лечения больных с доброкачественными новообразованиями кожи и хроническими дерматозами, что позволило повысить качество жизни пациентов.

Коллектив БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР» успешно выполняет поставленные перед ним задачи и претворяет в жизнь планы по дальнейшему развитию диспансера и дерматовенерологической службы в целом под руководством опытного главного врача Мерзлякова Владимира Анатольевича. Владимир Анатольевич – потомственный врач, грамотный врач-дерматовенеролог с 42-летним стажем, врач высшей квалификационной категории по специальности «Дерматовенерология», главный внештатный специалист-эксперт по дерматовенерологии Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики, отличник здравоохранения Удмуртской Республики.

В этом году Владимир Анатольевич отмечает тройной юбилей: 65-летие со дня рождения, 35-летие в должности главного врача, 70-летие учреждения, которое он возглавляет. Коллектив диспансера поздравляет Владимира Анатольевича, благодарит его за чуткое грамотное руководство, внимательное отношение к своим сотрудникам, желает ему крепкого здоровья и еще длительного его присутствия в занимаемой должности.

УДК 378.124:616.5 (092)

Н. В. Ляшенко

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

РИЗИДА МИННЕСАГИТОВНА ЗАГРТДИНОВА — ВРАЧ, РУКОВОДИТЕЛЬ, УЧЁНЫЙ

Ляшенко Наталья Владимировна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77; тел. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru

Изложены данные о научной, педагогической и врачебной деятельности руководителя кафедры дерматовенерологии Ижевской государственной медицинской академии Р. М. Загртдиновой.

Ключевые слова: руководитель кафедры; профессор Р. М. Загртдинова; научная, педагогическая, врачебная деятельность

N. V. Lyashenko

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

RIZIDA MINNESAGITOVNA ZAGRTDINOVA — A DOCTOR, A LEADER AND A SCIENTIST

Lyashenko Natalya Vladimirovna — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru

The article is about scientific achievements, educational work, and medical practice of R. M. Zagrtdinova, the Head of the Department of Dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy.

Key words: head of the department; Professor R. M. Zagrtdinova; scientific achievements; educational work and medical practice

Ризид Миннесагитовна Загртдинова родилась в г. Ижевске в семье служащих. В 1976 году успешно окончила среднюю школу № 12 г. Ижевска. В школьные годы активно участвовала в общественной жизни школы, являясь членом совета дружины пионерской организации школы, комитета комсомола, членом Ленинского райкома комсомола. За успехи в учёбе, общественной жизни школы и районной комсомольской организации была награждена знаком «За отличную учёбу» и поездкой в г. Москву для фотографирования у Знамени Победы.

С 1976 по 1978 год работала лаборантом кафедры анатомии человека Ижевского государственного медицинского института (ИГМИ). В 1978 году поступила на 1 курс ИГМИ. В 1985 году, после окончания института, проходила больничную интернатуру по терапии на базе городской больницы № 2 МЗ УР г. Ижевска. Работала в практическом здравоохранении с 1986 по 1988 год врачом-терапевтом мужского стационара ГБ № 2. В 1988–1990 годы обучалась в клинической ординатуре на базе кафедры внутренних болезней с курсом кожных и венерических болезней ИГМА по специальности «терапия». За период обучения в клинической ординатуре проявила интерес к научной деятельности: работы в данный период посвящены изучению желчегонного эффекта минеральной воды курорта «Варзи-Ятчи».

С 1990 по 1993 год проходила обучение в аспирантуре на той же кафедре по специальности «дерматовенерология».

С 1994 по 1998 год работала ассистентом кафедры дерматовенерологии, в 1998 году избрана на должность заведующего той же кафедрой.

В 1995 году защитила кандидатскую диссертацию на тему «Сочетанное применение гемосорбции и плазмафереза в комплексном лечении псориаза» в специализированном ученом совете ЦНИКВИ (Москва). В 2006 году там же защитила докторскую диссертацию на тему «Патогенетическая роль нарушений общих и тканевых регуляторных механизмов при псориазе и возможности их терапевтической коррекции». В 2001 году Ризиде Миннесагитовне присвоено учёное звание доцента, а 2008 году — профессора.

С 2001 года Р. М. Загртдинова является врачом высшей квалификационной категории по специальности дерматовенерология. Кроме того Ризид Миннесагитовна сертифицирована по специальностям «Косметология» и «Организация здравоохранения», является экспертом комиссии по лицензированию медицинской и фармацевтической деятельности при Правительстве Удмуртской Республики. Профессор Р. М. Загртдинова имеет грамоты МЗ Удмуртии, в 2011 году ей присуждено звание «Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики». Врачи республики нередко обращаются к ней за консультативной помощью.

Научные интересы профессора довольно широки и посвящены ряду тем: изучению звеньев

патогенеза псориаза; эпидемиологии и клиническим особенностям генодерматозов в Удмуртской Республике; особенностям инфекций, передаваемых половым путём на территории республики; распространённости, особенностям течения и лечению акне, которые отражены в 8 защищённых диссертационных работах её учеников, в научных публикациях. Профессор Р.М. Загртдинова является автором более 200 научных и 11 учебно-методических работ. Ризид Миннесагитовна поддерживает научные связи с учеными дерматовенерологами России и зарубежья. Выезжает для участия в российских и международных конференциях, где выступает с докладами.

Под руководством профессора Р.М. Загртдиновой осуществляется подготовка специалистов-дерматовенерологов в интернатуре, ординатуре и аспирантуре. Врачи республики имеют возможность повышать свою квалификацию

УДК 378.661 (470.51-25):616.5 (092)

Р. М. Загртдинова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

ЭМИЛИЯ АЛЕКСАНДРОВНА КОРОБЕЙНИКОВА — ВЕТЕРАН КАФЕДРЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ ИЖЕВСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ АКАДЕМИИ

Загртдинова Ризид Миннесагитовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77, тел. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru

Изложены данные о научной, педагогической и врачебной деятельности ветерана кафедры дерматовенерологии Ижевской государственной медицинской академии Э. А. Коробейниковой.

Ключевые слова: ветеран кафедры; Э. А. Коробейникова; научная, педагогическая, врачебная деятельность

R. M. Zagrtdinova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

EMILIA ALEXANDROVNA KOROBEINIKOVA — THE VETERAN OF THE DEPARTMENT OF DERMATOVENEREOLOGY OF IZHEVSK STATE MEDICAL ACADEMY

Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru

The article is about scientific achievements, educational work, and medical practice of E. A. Korobeinikova, the veteran of the Department of Dermatovenereology of Izhevsk State Medical Academy.

Key words: veteran of the department; E. A. Korobeinikova; scientific achievements; educational work; medical practice

Эмилия Александровна Коробейникова родилась 4 августа 1942 года в семье врачей, выпускников Ижевского государственного медицинского института, в селе Якшур-Бодья Удмуртской Республики. В 1959 году с золотой медалью закончила Якшур-Бодьинскую среднюю школу и поступила в Ижевский государственный медицинский институт, по окончании которого

в условиях кафедры. В 2011 году организована подготовка врачей косметологов.

Профессор Р.М. Загртдинова возглавляет Удмуртское региональное общество Российского общества дерматовенерологов и косметологов, является членом правления РОДВК. Под её руководством ежегодно проводится 4 республиканские научно-практические конференции, на которые приглашаются ведущие специалисты-дерматовенерологи и косметологи России, смежные специалисты — педиатры, терапевты, неврологи, стоматологи, акушер-гинекологи и урологи. Также ежегодно проводится 4–5 заседаний регионального общества РОДВК. По инициативе Ризиды Миннесагитовны при обществе создана и работает секция эстетической медицины, которую возглавляет её первая ученица, ассистент кафедры кандидат медицинских наук, главный внештатный специалист по профилю косметология МЗ УР Бычкова Наталья Юрьевна.

работала в республиканском кожно-венерологическом диспансере. В 1977 году, будучи практическим врачом, успешно защитила кандидатскую диссертацию, посвященную совершенствованию методов лечения ранних форм сифилиса. С 1979 года по настоящее время работает в должности ассистента кафедры дерматовенерологии ИГМА. За период работы в академии зарекомен-

довала себя квалифицированным специалистом и хорошим педагогом, успешно выполняющим учебную, учебно-методическую, общественную, лечебно-консультативную работу. Э. А. Коробейникова – весьма активный научный работник, автор более 100 научных работ, посвященных актуальным вопросам дерматологии и венерологии, нуждам практического здравоохранения. Вместе с тем она принимает активное участие в повышении квалификации врачей-интернов, ординаторов, курсантов ФПК, регулярно консультирует больных. В течение многих лет являлась куратором по вопросам дерматовенерологии Якшур-Бодьинского района, оказывая практическую и методическую помощь сельскому здравоохранению. Систематически читает специальную литературу, регулярно участвует в заседаниях

и конференциях Удмуртского регионального отделения Российского общества дерматовенерологов и косметологов, семинарах для интернов и ординаторов. В 1997 году ей присвоена высшая квалификационная категория по специальности «Дерматовенерология». Э. А. Коробейникова пользуется авторитетом среди сотрудников и студентов, принимает активное участие в общественной жизни академии. С 1982 по 1986 год была старшим куратором лечебного факультета, до 1990 года – членом методического совета лечебного факультета, с 2007 года – член совета ветеранов ИГМА. В 1997 году она была награждена Почетной грамотой Министерства здравоохранения Удмуртской Республики, в 2002 году ей присвоено звание «Заслуженный работник здравоохранения Удмуртской Республики».

УДК 616.5 (092)

О. В. Мартюшева, Е. Ю. Гурьянова

БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

К 65-ЛЕТИЮ СО ДНЯ РОЖДЕНИЯ ЗАВЕДУЮЩЕГО БАКТЕРИОЛОГИЧЕСКОЙ ЛАБОРАТОРИЕЙ ЧЕРЕДНЯКОВОЙ ЛЮБОВИ АЛЕКСЕЕВНЫ

Мартюшева Ольга Валентиновна – врач-бактериолог высшей квалификационной категории; г. Ижевск, ул. Ленина, 100, тел. 8 (3412)68-35-37; e-mail: rkvd@lenina100.ru; Гурьянова Екатерина Юрьевна – врач-бактериолог первой квалификационной категории

Изложены данные о научной, педагогической и врачебной деятельности в бактериальной лаборатории РКВД под руководством Л. А. Чередыняковой.

Ключевые слова: заведующий Л. А. Чередынякова; бактериальная лаборатория РКВД; научная, педагогическая, врачебная деятельность

O. V. Martysheva, E.Yu. Guryanova

Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk

65TH BIRTHDAY OF LUBOV CHEREDNYAKOVA, THE HEAD OF THE BACTERIOLOGICAL LABORATORY

Martysheva Olga Valentinovna – Bacteriologist, Doctor of the Higher Qualifying Category; 426009, Izhevsk, 100 Lenina st., tel. 8 (3412) 68-35-37, e-mail: rkvd@lenina100.ru; Guryanova Ekaterina Yuryevna – Bacteriologist, Doctor of the First Qualifying Category

The article is about scientific achievements, educational work, and medical practice in bacteriological laboratory of the Republic Dermatovenereologic Clinic under the leadership of L. A. Cherednyakova.

Key words: head of bacteriological laboratory L. A. Cherednyakova; bacteriological laboratory of the Republic Dermatovenereologic Clinic; scientific achievements, educational work and medical practice

В этом году исполняется 65 лет со дня рождения заведующего бактериальной лабораторией Любови Алексеевны Чередыняковой. Любовь Алексеевна – врач-бактериолог высшей квалификационной категории кандидат биологических наук, работает заведующим лабораторией с 1995 года.

За период руководства Л. А. Чередыняковой расширился спектр предоставляемых лабораторных услуг в ГУЗ РКВД МЗ УР. Лабо-

ратория оснащена современной диагностической аппаратурой, которая даёт возможность проводить бактериологические исследования по диагностике инфекций, передающихся половым путём.

Получена лицензия от 07.12.2009 года на осуществление деятельности, связанной с использованием возбудителей инфекционных заболеваний 3–4 групп патогенности.

За указанное время количество видов исследований, проводимых в лаборатории, увеличилось с 7 до 28. Основные из них:

- исследование микрофлоры мочеполовых путей, кишечника, ротоглотки;
- определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам;
- посевы на анаэробную флору;
- определение видов грибов рода кандиды и др.

Впервые в республике освоены и внедрены методы количественного и видового определения микрофлоры половых путей и ротовой полости. По результатам исследований опубликовано 7 статей в центральной и местной печати.

В рамках выполнения Федеральной целевой программы № 790 «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера» лаборатория участвует в проведении мониторинга по антибиотикорезистентности гонококков на территории Удмуртии. В Центральный кожно-венерологический институт (ЦКВИ) г. Москвы предоставлено 239 клинических изолятов гонококков, выделенных от пациентов республики.

Данные опубликованы в Информационном бюллетене по состоянию резистентности гонококка к антибактериальным препаратам ФГУ «Государственный научный центр дерматовенерологии».

В лаборатории проводится скрининговое обследование беременных на инфекции, передаваемые половым путём. Ежегодно обследуется около 6 тыс. беременных женщин. Уделяется большое внимание подготовке кадров по диагностике различных кожных и венерических заболеваний. В условиях лаборатории обучаются врачи лаборанты, интерны и ординаторы дерматовенерологи. Врачи лаборатории активно участвуют в подготовке и проведении межрайонных конференций и семинаров, выезжают в районы республики, где оказывают консультативную и практическую помощь сотрудникам в диагностике ИППП. Количество анализов, ежегодно выполняемых в лаборатории, составляет около 110 тысяч.

В настоящее время бактериальная лаборатория укомплектована всем необходимым современным оборудованием. Имеется необходимый запас дезинфекционных средств, реактивов, питательных сред. Используются одноразовые чашки Петри, пипетки, пробирки, контейнеры. Забор материала производится с помощью одноразового инструментария, что значительно облегчает труд лаборантов, санитарок и обеспечивает профилактику внутрибольничной инфекции. Все сотрудники лаборатории своевременно повышают свою квалификацию.

Поздравляем Любовь Алексеевну с юбилеем, желаем крепкого здоровья и творческих успехов.

АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ

УДК 616.5-002-053.6-07

С. А. Вострикова¹, Н. И. Пенкина²

¹БУ ДПО УР «Республиканский центр повышения квалификации» МЗ УР, г. Ижевск

²ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра педиатрии и неонатологии

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ПОДРОСТКОВ БОЛЕЗНЯМИ КОЖИ, ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ, АТОПИЧЕСКИМ ДЕРМАТИТОМ

Вострикова Светлана Александровна — заместитель директора; 426000, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, д.17; тел.:8 (3412) 448-100; Пенкина Надежда Ильинична — профессор кафедры доктор медицинских наук; e-mail: nad.penkina@yandex.ru

Проведен анализ общей и первичной заболеваемости детей подросткового возраста с 2000 по 2015 г. Выявлен рост показателей общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, атопическим дерматитом.

Ключевые слова: заболеваемость; дети подросткового возраста; атопический дерматит

S. A. Vostrikova¹, N. I. Penkina²

¹Republic Centre for Advanced Training of Health Professionals, Izhevsk

²Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pediatrics and Neonatology

MORBIDITY OF ADOLESCENTS WITH DISEASES OF SKIN, SUBCUTANEOUS TISSUES AND ATOPIC DERMATITIS

Vostrikova Svetlana Alexandrovna — Deputy Director; 426000, Izhevsk 17 Botkinskoye Shosse st., tel.8 (3412) 448-100; Penkina Nadezhda Ilyinichna — Professor Doctor of Medical Sciences; e-mail: nad.penkina@yandex.ru

The analysis of general and primary morbidity of adolescents from 2000 to 2015 has been carried out. The growth of general and primary morbidity rates of skin and subcutaneous tissue diseases, as well as atopic dermatitis in adolescents has been identified.

Key words: morbidity; adolescents; atopic dermatitis

Заболеваемость является одним из основных показателей, характеризующих здоровье населения [1]. Исследования свидетельствуют о том, что уже в период новорожденности более половины детей переносят различные заболевания. Показатель первой группы здоровья у новорожденных детей отсутствует или имеет низкие значения. В возрасте 1 года к первой группе здоровья отнесено не более 5–7% детей. Показатели здоровья улучшаются у детей в возрасте 6–7 лет, перед началом обучения ребенка в школе. За годы обучения в школе формируются заболевания, характерные для этого возраста — нарушение осанки, миопия, патология органов пищеварения и другие

[4]. По данным статистического анализа, у подростков показатели заболеваемости высокие, изменяется структура патологии, формируются хронические заболевания [3]. Среди хронической патологии у детей подросткового возраста особое место занимает атопический дерматит (АД), нарушающий не только физическое здоровье ребенка, но и создающий психологические проблемы [2].

Цель исследования: изучить заболеваемость детей подросткового возраста 15–17 лет Удмуртской Республики (УР) болезнями кожи, подкожной клетчатки, атопическим дерматитом.

Материал и методы исследования. Проведен анализ общей и первичной заболеваемости

детей подросткового возраста 15–17 лет в УР, ее структуры, изучены показатели частоты АД у подростков в течение 16 лет. Исследование проведено путем анализа данных официальных статистических отчетных форм УР за период с 2000 по 2015 год: форма № 12 (сведения о числе заболеваний, зарегистрированных у больных, проживающих в районе обслуживания лечебно-профилактического учреждения); форма № 30 (сведения о медицинских организациях); форма № 31 (сведения о медицинской помощи детям и подросткам-школьникам), а также данных ежегодных отчетов медицинских организаций УР по оказанию медицинской помощи детям и подросткам, информационных бюллетеней, государственного доклада.

Результаты исследования и их обсуждение. В УР за 16-летний период (2000–2015 гг.) общая численность подростков сократилась на 39443 человек (2000 г. – 84110, 2015 г. – 44667). Последние годы (с 2008 г.) характеризовались повышением рождаемости в республике. Повышение рождаемости, снижение младенческой и детской смертности способствовало увеличению численности детского населения от 0 до 14 лет. Однако доля подростков, в возрастной структуре детского населения не достигла уровня 2000 г. (2015 г. – 13,6%, 2000 г. – 20,8%).

Общая и первичная заболеваемость детей подросткового возраста УР за анализируемый период выросли. Показатель общей заболеваемости увеличился с 1750,0‰ до 2219,1‰, первичной – с 1014,6‰ до 1437,5‰.

Общая заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки детей подросткового возраста в УР характеризовалась нестабильными показателями, наблюдался рост с 2001 по 2009 г., в последующем – снижение (2000 г. – 92,8‰, 2009 г. – 137,7‰, 2015 г. – 119,1‰). Показатель общей заболеваемости у подростков 15–17 лет наиболее высоким был в 2004 г., составил 141,8‰. Первичная заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки в 2015 г. (82,6‰) выше, по сравнению с 2000 г. (74,3‰). Самый высокий показатель зарегистрирован в 2004 г., составил 112,4‰.

Среди заболеваний кожи и подкожной клетчатки значительная часть представлена АД. Результаты проведенного в УР в 2004 г. клинико-эпидемиологического исследования распространенности АД у детей и подростков по программе «ISAAC», свидетельствовали о том, что частота заболевания превышает официальные показатели по обра-

щаемости в 12,5 раза. Распространенность АД у детей от 1 года до 17 лет составляла 25%, при этом показатели распространенности отличались в зависимости от возраста детей. Так, например, в группе детей от 1 до 2 лет распространенность АД составляла 32,4%, в 7–8 лет – 28,3%, в 13–14 лет – 15,2%.

За период с 2000 по 2015 г. общая заболеваемость подростков болезнями кожи и подкожной клетчатки увеличилась на 28,3%, первичная заболеваемость – на 11,1%. Общая и первичная заболеваемость АД у детей подросткового возраста за указанный период также увеличились (2000 г. – 5,9‰ и 2015 г. – 8,3‰; 2000 г. – 3,4‰ и 2015 г. – 4,5‰, соответственно). Прирост показателей общей и первичной заболеваемости АД у подростков за анализируемый период составил 40,6% и 32,4%, соответственно. Максимальный темп роста общей заболеваемости АД наблюдался в период с 2001 по 2004 г. и составил плюс 62,2%. В УР с 2007 г. наблюдается тенденция к снижению общей заболеваемости АД. Темп убыли показателя в 2015 г. по сравнению с 2014 г. составил минус 10,5%.

При анализе динамического ряда установлено, что наибольший темп роста первичной заболеваемости подростков болезнями кожи и подкожной клетчатки наблюдался в 2004 г. (плюс 51,3%), а максимальный прирост заболеваемости АД – в 2006 г. (плюс 75,9%). Зарегистрированы колебания показателя первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки от убыли минус 2,2% до роста плюс 51,3%. Показатель первичной заболеваемости АД более лабилен. Максимальная убыль наблюдалась в 2014 г. и составила минус 34,3%. Тенденция к снижению уровня первичной заболеваемости АД отмечалась в период с 2007 по 2012 г., с 2014 по 2015 г. Вместе с тем, в сравнении с 2000 г., динамика интенсивных показателей первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки, а также первичной заболеваемости подростков УР АД составляла в 2015 г. плюс 11,1% и плюс 32,3%, соответственно.

Доля болезней кожи и подкожной клетчатки, в том числе АД, в структуре интенсивного показателя общей и первичной заболеваемости подростков высокая, составила в 2015 г. 5,3% и 5,7%, соответственно. В 2000 г. доля общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки была на этом же уровне (5,3%), а доля первичной выше – 7,3%.

В структуре общей и первичной заболеваемости подростков болезни кожи и подкожной клетчатки, в том числе АД, занимали в 2015 г. шестое и четвертое ранговые места, соответственно (табл. 1, 2).

АД занимает значительные позиции в структуре болезней кожи и подкожной клетчатки у подростков. Доля АД в структуре интенсивного показателя общей заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки на протяжении последних 15 лет составляла от 6,4% до 12,5%. Минимальная доля АД в структуре показателя отмечалась в 2004 г. (9,4%), максимальная – в 2006 г. (12,6%). В 2016 доля АД приблизилась к значению 2000 г. (6,9% и 6,4%, соответственно). Наименьшее значение доли АД в структуре показателя первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки зарегистрировано в 2012 г. (4,2%), наибольшее – в 2006 г. (8,6%).

Атопический дерматит является одной из основных причин инвалидности детей по классу болезней кожи и подкожной клетчатки. По статистическим данным за 2015 г. в УР 14 детей до 17 лет имеют инвалидность по заболеваниям кожи, из них у 10 – по причине тяжелого течения АД. За период с 2000 по 2015 г. количество детей, имеющих инвалидность с диагнозом АД, сократилось в 3 раза (в 2000 г. – 30 детей, в 2015 г. – 10 детей).

Таблица 1. Структура общей заболеваемости подростков Удмуртской Республики в 2015 г.

	Классы болезней	%
1	Болезни органов дыхания	38,9
2	Болезни глаза и его придаточного аппарата	10,4
3	Травмы и отравления	7,6
4	Болезни органов пищеварения	6,5

УДК 616.5-001.1-08-039.71

О. И. Мельник, В. А. Мерзляков

БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

ОПЫТ РАБОТЫ ШКОЛЫ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА НА БАЗЕ БУЗ УР «РЕСПУБЛИКАНСКИЙ КОЖНО-ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР МЗ УР»

Мельник Ольга Игоревна – врач-дерматовенеролог; 426009, г. Ижевск, ул. Ленина, 100, тел. 8 (3412)68-24-36; e-mail: rkvd@lenina100.ru; Мерзляков Владимир Анатольевич – главный врач

Лечение атопического дерматита должно быть комплексным и включать в себя ряд профилактических мер. Необходимо информировать пациентов, родителей о характере заболевания, возможных осложнениях, правильном уходе за кожей. С этой целью в Удмуртской Республике открыта «Школа атопического дерматита», где работают дерматолог и психотерапевт.

Ключевые слова: атопический дерматит; школа для пациентов

Таблица 2. Структура первичной заболеваемости подростков Удмуртской Республики в 2015 г.

	Классы болезней	%
1	Болезни органов дыхания	55,3
2	Травмы и отравления	11,8
3	Болезни костно-мышечной системы	9,3
4	Болезни кожи и подкожной клетчатки	5,7
5	Болезни мочеполовой системы	4,1
6.	Прочие	13,8

Вывод. Проведенное исследование свидетельствует о снижении численности детей подросткового возраста на территории УР, что было обусловлено снижением рождаемости начиная с 1990 г. Общая и первичная заболеваемость детей этого возраста за период с 2000 по 2015 г. выросли. Показатели общей и первичной заболеваемости болезнями кожи и подкожной клетчатки были нестабильными. В 2015 г. показатели превышают значения 2000 г. В структуре общей и первичной заболеваемости подростков АД занимает 5 и 6 места. Показатели заболеваемости подростков АД также нестабильные – наблюдались периоды повышения, в последующем снижения значений. Вместе с тем, показатели заболеваемости подростков АД за анализируемый период выросли.

Список литературы:

1. Баранов, А. А. Оценка здоровья детей и подростков при профилактических медицинских осмотрах (руководство для врачей) / А. А. Баранов, В. Р. Кучма, Л. М. Сухарева. – М., 2004. – 168 с.
2. Винярская, И. А. Качество жизни детей как критерий оценки состояния здоровья и эффективности медицинских технологий (комплексное медико-социальное исследование): дис. ... д-ра мед. наук / И. А. Винярская. – М., 2008. – 322 с.
3. О состоянии здоровья населения Удмуртской Республики в 2013 году // Государственный доклад. – Ижевск, 2014. – 255 с.
4. Основные показатели здоровья и медицинского обслуживания населения Удмуртской Республики за 2012 год. – Ижевск, 2013. – 129 с.

O. I. Melnik, V. A. Merzlyakov

Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk

WORK EXPERIENCE OF «SCHOOL OF ATOPIC DERMATITIS»

Melnik Olga Igorevna — Dermatovenereologist; 426009, Izhevsk, 100 Lenina st., tel. 8 (3412) 68-24-36, e-mail: rkvd@lenina100.ru; Merzlyakov Vladimir Anatolievich — Head Doctor

Treatment of atopic dermatitis must be integrated and include a complex of preventive measures. It is necessary to inform patients and parents of the nature of the disease, possible complications, and the proper care of skin. For this purpose «School of atopic dermatitis» employing a dermatologist and a psychotherapist was opened in the Udmurt Republic.

Key words: atopic dermatitis; school for patients

Большое количество людей (по данным разных авторов до 20% населения) страдают атопическим дерматитом (АД), перенося лишения в употреблении отдельных продуктов питания, в применении парфюмерных изделий, испытывая ограничения в выборе профессии и трудоустройстве. Эти и другие факторы снижают качество жизни больных в социальном плане [5].

Во всем мире наблюдается постоянный рост заболеваемости. Возможно, это связано с загрязнением окружающей среды, аллергизирующим действием некоторых продуктов питания, укороченным сроком грудного вскармливания и другими причинами. Наиболее часто атопическим дерматитом болевают дети в течение первых двух лет жизни, хотя болезнь может проявиться в любом возрасте [2].

Одними медикаментозными средствами справиться с АД не представляется возможным. Лечение данного заболевания должно быть комплексным и включать в себя: соблюдение рационального режима; контроль окружающей среды в домашних условиях; постоянный уход за кожей; гипоаллергенную диету; общее и наружное лечение; оздоровительные мероприятия. Только при условии выполнения всех рекомендаций можно ожидать хорошего эффекта [4, 6].

Важная роль в общем комплексе профилактических мер при АД отводится сотрудничеству между пациентом, его родителями и лечащим врачом. Необходимо информировать пациентов, родителей о характере заболевания, возможных осложнениях, правильном уходе за кожей [1, 3].

С этой целью, а так же вследствие значительного роста в последние годы аллергических заболеваний кожи в Удмуртской Республике, на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера в 2007 году была открыта «Школа атопического дерматита», где работают дерматолог и психотерапевт.

Материалы и методы исследования. Занятия проводятся в удобное для пациентов (родителей) время (по субботам), в ходе которых предоставляется полная информация по причинам возникновения, клинике, лечению и ведению больных с атопическим дерматитом. Изложение материала – в виде слайдов (мультимедийное оборудование), информационных листов, брошюр по диете и уходу за кожей. Форма проведения – цикл, состоящий из трех занятий. Первое занятие посвящено общим определениям, причинам возникновения атопического дерматита, разъясняется роль аллергенов, различных раздражителей, говорится о сопутствующих заболеваниях. Пациентам либо родителям рассказывается о диетах, провоцирующих факторах, гигиене быта, здоровом образе жизни; на втором занятии – о методах лечения, видах препаратов, которые можно применять в детском возрасте, о правильном их использовании, уходе за кожей в разные периоды заболевания и многом другом. Третье занятие проводит врач-психотерапевт, которая разъясняет родителям правила поведения в семье с больным ребенком и другие психологические вопросы.

Результаты исследования и их обсуждение. За время работы Школы было обучено более 300 человек. После занятий между родителями и врачом отмечаются более доверительные отношения, меньше отмечается рецидивов (12% от числа обучающихся), быстрее наступает улучшение состояния (65%), улучшается уход за кожей больных детей и нормализуется состояние кожных покровов (88%).

Вывод. В настоящее время сохраняется большое количество пациентов с хроническими аллергическими заболеваниями кожи. На амбулаторном приеме не всегда есть возможность дать полную информацию по заболеванию. Поэтому необходимо продолжать работу Школы атопического дерматита.

Список литературы:

1. Атопический дерматит. Школа для пациентов и их родственников / А. Н. Львов [и др.]. – Москва, 2005. – С. 95.
2. Балаболкин, И. И. Атопический дерматит у детей / И. И. Балаболкин, В. Н. Гребенюк. – М.: Медицина, 1999. – 264 с.
3. Коровина, Н. А. Азбука матери / Н. А. Коровина, И. Н. Захарова. – Москва: Российская медицинская академия последилового образования МЗ РФ, 2005. – С. 23.
4. Кунгуров, Н. В. Атопический дерматит. Типы течения, принципы терапии / Н. В. Кунгуров, И. Н. Герасимова, М. М. Кохан. – Екатеринбург, 2000. – 266 с.
5. Паклова, О. В. Психо-нейро-иммунные взаимодействия при атопическом дерматите / О. В. Паклова. – Издательство: ЛКИ, 2007. – 56 с.
6. Смирнова, Г. И. Современная концепция лечения атопического дерматита у детей / Г. И. Смирнова. – Москва: Московская медицинская академия имени И. М. Сеченова, 2006. – С. 130.

УДК 616.31-002:614.1 (470.51)

Т. Л. Рединова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра терапевтической стоматологии

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА НАСЕЛЕНИЯ УДМУРТСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

Рединова Татьяна Львовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 420011, г. Ижевск, ул. Холмогорова, 20-54, тел. 8 (3412)42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru

Ретроспективный анализ медицинских документов консультативного приема пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта за последние 20 лет выявил увеличение распространенности заболеваний с психо-эмоциональным компонентом в генезе, инфекционных и опухолевидных.

Ключевые слова: заболевания слизистой оболочки полости рта; распространенность

T. L. Redinova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Restorative Dentistry

DYNAMICS OF THE MORBIDITY OF ORAL MUCOSA DISEASES AMONG THE POPULATION OF THE UDMURT REPUBLIC

Redinova Tatyana Lvovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 420011, Izhevsk, 20 Kholmogorova st., flat 54, tel. 8 (3412)42-54-88, e-mail: tatiana.redinova@yandex.ru

The authors carried out a retrospective analysis of the consultation records of the patients with oral mucosa diseases during the last 20 years. The analysis revealed the increase in the prevalence of the diseases with a psycho-emotional component in their genesis, as well as infectious and tumorous diseases.

Key words: oral mucosa diseases; prevalence

В последнее время всё чаще указывают на то, что частота встречаемости заболеваний слизистой оболочки полости рта возрастает [2,4], так как увеличивается продолжительность жизни человека, население стареет, а распространенность соматических заболеваний сохраняется высокой [5].

Исследование, проведенное Т.А. Axell (Швеция) [7] в 1976 году скрининговым методом, в котором участвовали 20333 человек от 15 лет и старше, показало, что чаще всего встречаются хронический рецидивирующий афтозный стоматит — в 15,7% случаях, с высокой частотой встречается лейкоплакия — 11,6%, кандидоз — 18,1% и географический язык — 8,4%; реже диагностируется красный плоский лишай слизистой оболочки полости рта — 1,85%.

О частоте встречаемости различных заболеваний слизистой оболочки полости рта и губ сре-

ди пациентов консультативного приема имеются более многочисленные исследования [1, 6, 3]. Так, по данным С. И. Гажва с соавт. [3], среди 468 пациентов с заболеваниями слизистой оболочки полости рта (СОПР) во Владимирской области у 4,8% имеет место красный плоский лишай, у 6,3% — лейкоплакия, у 3,6% — кандидоз, у 5,1% — афтозный стоматит, у 2,8% — географический язык, у 2,3% — протетический стоматит.

По результатам обследования 278 пациентов с заболеваниями СОПР М. П. Харитоновой с соавт. (2012) [6], в 14,5% случаях выявлен красный плоский лишай, в 6,2% — лейкоплакия, в 4,5% — дисбиозы, в 6,9% — афтозный стоматит, в 3,8% — травматический стоматит, в 1,4% — заболевания губ, в 1,4% — пузырчатка, в 2,2% — заболевания слюнных желез, в 0,7% — герпетический стома-

тит, в 1,4% – опухолевидные образования (фибромы, папилломы и т. д.).

Учитывая, что данные по распространенности заболеваний СОПР представлены в литературных источниках за разные годы, а исследования проведены различными методами (выборочно или сплошным методом), то говорить о росте их встречаемости довольно проблематично.

Цель исследования: изучить частоту встречаемости различных заболеваний СОПР и губ, по данным консультативного приема за последние 20 лет в Удмуртской Республике.

Материалы и методы исследования. Согласно поставленной цели проанализированы медицинские карты и записи консультативного приема у 563 пациентов в возрасте от 18 лет и старше, проживающих на территории г. Ижевска и Удмуртской Республики и направленных на консультацию на кафедру терапевтической стоматологии Ижевской государственной медицинской академии. Из этого числа обследованных 172 пациента обратились за консультативной помощью в 1995 году, 205 человек – в 2005 году и 186 пациентов – в 2015 году.

Учитывая, что на сегодняшний день известно около 300 заболеваний слизистой оболочки полости рта, то для анализа частоты встречаемости различных заболеваний были выбраны наиболее диагностируемые в практике врача-стоматолога: синдром жжения полости рта (СЖПР), красный плоский лишай (КПЛ), лейкоплакия (Л), хронический рецидивирующий афтозный стоматит (ХРАС), кандидоз (К), контактный стоматит травматической и аллергической природы (КС), заболевания губ (ЗГ), десквамативный глоссит (ДГ), герпетический стоматит (ГС), пузырьные заболевания (ПЗ), опухолевидные образования (ОО).

Результаты исследования и их обсуждение. Встречаемость наиболее часто диагностируемых заболеваний СОПР и губ за последнее десятилетие увеличилась в 1,2 раза, в основном за счет увеличения пациентов с синдромом жжения полости рта, красным плоским лишаем, хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, кандидозом, герпетическим стоматитом, опухолевидными образованиями. Увеличилось также число пациентов с пузырьными заболеваниями, в основном это пациенты с пузырчаткой. Кроме того, в таблице показано, что на долю часто встречаемых заболеваний СОПР приходится 59,8–81,2%, оставшиеся 40,2% в 1995 году и 18,8% в 2015 году составляют пациенты с дру-

гими заболеваниями СОПР и челюстно-лицевой области, которые встречаются с частотой от 7,5% до 0,5% случая. В частности, за последние 10 лет увеличилось число пациентов с орофациальной болью, обусловленной мышечно-суставными дисфункциями височно-нижнечелюстных суставов (с 5,2% до 7,5%); появились поражения СОПР при псориазе и красной волчанке (1,6%); возросло число пациентов с ксеростомией различной этиологии (с 2,4% в 2005 году до 3,2% в 2015 году); но при этом уменьшилось число пациентов с язвенными стоматитами (чаще это декубитальная или трофическая язва, с 2,9% до 0,5%), с хроническими отеками лица и СОПР – синдром Мелькеррсон-Розенталя (с 8,7% до 0,5%); и практически не изменилась частота случаев заболеваний слюнных желез (2,9% в 1995 году и 2,2% в 2015 году) (см. табл.).

Если сопоставить литературные данные и данные, полученные нами, то получается, что в Удмуртской Республике почти такая же распространенность КПЛ, ХРАС и заболеваний слюнных желез по консультативному приему, как и в Свердловской области [6], но опухолевидные образования диагностируются в 5 раз чаще (6,9% против 1,4%), а лейкоплакия полости рта встречается в 2,4 раза реже, чем во Владимирской и Свердловской областях (соответственно: 2,6% против 6,3% и 6,2%) [6,3].

Вывод. Установлено, что наиболее частыми заболеваниями слизистой оболочки полости рта на консультативном приеме в Удмуртской Республике являются синдром жжения полости рта и красный плоский лишай, частота которых за последние 20 лет возросла в 1,2–1,8 раза.

Частота заболеваний СОПР и губ в различные годы

№ /№	Заболевание	Год исследования					
		1995 (n=172)		2005 (n=205)		2015 (n=186)	
		абс. ч.	%	абс. ч.	%	абс. ч.	%
1	СЖПР	31	18,0	38	18,5	39	20,9
2	КПЛ	15	8,7	30	14,6	29	15,6
3	Л	1	0,6	11	5,4	5	2,6
4	ХРАС	7	4,1	8	3,9	12	6,5
5	К	4	2,3	2	0,9	11	5,9
6	КС	9	5,2	11	5,4	11	5,9
7	ЗГ	26	15,1	10	4,8	8	4,3
8	ДГ	7	4,1	17	8,3	13	6,9
9	ГС	1	0,6	1	0,5	5	2,6
10	ПЗ	2	1,1	0	0	5	2,6
11	ОО	0	0	8	3,9	13	6,9
Всего		103	59,8	136	66,3	151	81,2

Обнаружено, что увеличилось число пациентов с хроническим рецидивирующим афтозным стоматитом, кандидозом, герпетическими поражениями и опухолевидными образованиями. Вместе с тем выявлено, что уменьшилось число лиц, у которых диагностируется лейкоплакия и более тяжелые формы хейлита (преканцерозный хейлит Манганотти и др.). Однако, практически не изменилась частота выявления контактного стоматита (протетического и аллергического), заболеваний слюнных желез и частота диагностирования десквамативного глоссита.

Список литературы:

1. Вальков, В.А. Частота глоссалгии в Удмуртской Республике и значение различных неблагоприятных факторов в возникновении заболевания / В.А. Вальков, Т.Л. Рединова // Труды Ижевской государственной медицинской академии. – Ижевск, 2010. – Т. 48. – С. 95–96.

2. Гажва, С.И. Распространенность заболеваний слизистой оболочки красной каймы губ у взрослого населения Нижегородской области / С.И. Гажва, А.В. Дятел // Научный журнал фундаментальных исследований. – 2014. – № 10. – С. 1076–1080.

3. Гажва, С.И. Распространенность стоматологических заболеваний слизистой оболочки полости рта и их диагностика / С.И. Гажва, Т.Б. Степанян, Т.П. Горячева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. – № 5–1. – С. 41–44.

4. Дзугаева, И.И. Распространенность заболеваний слизистой оболочки рта и губ среди взрослого населения / И.И. Дзугаева // Институт стоматологии. – 2014. – № 1. – С. 32–33.

5. Дмитриева, Л.А. Терапевтическая стоматология. Национальное руководство / Л.А. Дмитриева, Ю.М. Максимовский. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – С. 912.

6. Харитонова, М.П. Особенности структуры заболеваемости слизистой оболочки полости рта у жителей Свердловской области / М.П. Харитонова, Е.В. Халилаева, Л.И. Юрьева // Маэстро стоматологии. – 2012. – № 46. – С. 14–16.

7. Axell, T.A. Prevalence Study of Oral Mucosal Lesions in an Adult Swedish Population / T.A. Axell // Odontol. Revy. – 1976. – Vol. 27: Supple 36.

УДК 616.527.4-085:615.357

А. С. Духанин¹, Н. П. Теплюк², А. А. Лепехова²

¹ФГБОУ ВО «Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова МЗ РФ», г. Москва

Кафедра молекулярной фармакологии и радиобиологии им. П.В. Сергеева

²ФГБОУ ВО «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова МЗ РФ», г. Москва
Кафедра кожных и венерических болезней им. В.А. Рахманова

ПЕРСОНАЛИЗИРОВАННЫЙ ПОДХОД В ЛЕЧЕНИИ СТЕРОИДРЕЗИСТЕНТНЫХ ФОРМ ИСТИННОЙ АКАНТОЛИТИЧЕСКОЙ ПУЗЫРЧАТКИ

Духанин Александр Сергеевич — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; г. Москва, ул. Островитянова, 1, тел. 8 (916) 111-79-29, e-mail: das03@rambler.ru; Теплюк Наталья Павловна — профессор кафедры доктор медицинских наук, профессор; Лепехова Анфиса Александровна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Рассматриваются индивидуальные механизмы стероидной резистентности у больных аутоиммунной пузырчаткой. Проведен сравнительный анализ специфического связывания глюкокортикоидов внутриклеточными рецепторами лимфоцитов периферической крови больных с стероидчувствительной и стероидрезистентной формами аутоиммунной пузырчатки; содержания альфа- бета-изоформ рецепторов глюкокортикоидов в лимфоцитах пациентов.

Ключевые слова: стероидная резистентность; аутоиммунная пузырчатка; рецепторы лимфоцитов

A. S. Dukhanin¹, N. P. Teplyuk², A. A. Lepekhova²

¹Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

Department of Molecular Pharmacology and Radiobiology named after P. V. Sergeyev

²I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow

Department of Dermatovenereology named after V. A. Rakhmanov

PERSONALIZED APPROACH IN THE TREATMENT OF STEROID-RESISTANT FORMS OF AUTOIMMUNE PEMPHIGUS

Dukhanin Alexandr Sergeevich — Professor of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Moscow, 1 Ostrovityanova st., tel. 8 (916) 111-79-29, e-mail: das03@rambler.ru; Teplyuk Natalia Pavlovna — Professor of the Department Doctor of Medical Sciences; Lepekhova Anfisa Alexandrovna — Lecturer of the Department Candidate of Medical Sciences

The article deals with individual mechanisms of steroid resistance in patients with autoimmune pemphigus (AP). The authors have conducted a comparative analysis of glucocorticoid specific binding by peripheral blood lymphocyte receptors and of the level of α - and β -isoforms of glucocorticoid receptors in lymphocytes of patients with steroid-sensitive and steroid-resistant forms of AP.

Key words: steroid resistance; autoimmune pemphigus; lymphocyte receptors

Несмотря на разработанные схемы и методы лечения истинной акантолитической пузырчатки (ИАП) системными глюкокортикостероидами (СГК), летальность при этом заболевании ко-

леблется от 0 до 50 % [7]. ИАП остается самым тяжелым заболеванием кожи. Системные кортикостероидные гормоны до сих пор остаются основными препаратами, купирующими активные

проявления пузырчатки. Они не имеют противопоказаний к применению: иначе неизбежен трагический исход заболевания. Согласно данным литературы, у части больных при адекватной дозе СГК не наблюдается выраженного положительного терапевтического эффекта. В научной литературе появилось понятие «стероидрезистентная пузырчатка» [8].

Согласно Европейскому руководству по лечению дерматологических болезней (2009), лечение ИАП следует начинать сразу с комбинации больших доз СГК и азатиоприна [4–6]. В России разработана схема снижения средних и малых доз СГК, при этом у стероидрезистентных (СР (+)) больных также применяется азатиоприн. Однако клинические критерии и длительность приема определенных доз азатиоприна не разработаны, таким образом, при лечении ИАП необходим поиск оптимальной схемы применения и снижения азатиоприна у СР (+) больных в комбинации с ранее разработанной схемой лечения СГК [1, 3].

Цель исследования: разработать методику комплексного лечения системными глюкокортикостероидами и азатиоприном больных истинной акантолитической пузырчаткой со стероидной резистентностью на основании изучения ее молекулярных механизмов.

Материалы и методы исследования. На основании представленных клинических критериев СР были выделены две группы пациентов: стероидчувствительные СР (-) и стероидрезистентные СР (+). Из 123 больных стероидрезистентными оказались 44% больных; 56% были стероидчувствительными.

Клинические критерии стероидной резистентности включают: отсутствие положительной клинической динамики на относительно высоких дозах СГК при монотерапии, препятствующее дальнейшему снижению гормонов; необходимость комбинированной терапии (СГК и иммунодепрессантов или цитостатиков); частые и упорно протекающие рецидивы [2].

Использовалась периферическая кровь из локтевой вены пациентов, исследовали лимфоциты крови, молекулярные механизмы СР на рецепторном уровне методом ПЦР в режиме реального времени, радиолигандный метод.

Результаты исследования и их обсуждение. Сравнительный анализ содержания мРНК α -изоформы глюкокортикоидного рецептора (ГР) показал статистически значимое снижение мРНК α -изоформы у 14% СР (+) больных соот-

ветственно, по сравнению с медианой контрольной группы СР (-) пациентов.

Сравнительный анализ содержания мРНК β -изоформы ГР выявил статистически значимое повышение мРНК β -изоформы у 14% СР (+) больных соответственно, по сравнению с медианой контрольной группы СР (-) пациентов.

Данные оценки уровня экспрессии мРНК α - и β -изоформ ГР в группе стероидчувствительных больных свидетельствуют, что экспрессия α -изоформы в два раза выше экспрессии β -изоформы. При сравнительной характеристике числа участков специфического связывания СГК на мембранах лимфоцитов было обнаружено статистически значимое снижение количества мембранных рецепторов у 7% СР (+) больных в 1,5 раза по сравнению с контрольной группой. При сравнительной характеристике числа внутриклеточных участков специфического связывания СГК было выявлено статистически значимое снижение параметров у 14% СР (+) больных по сравнению с контрольной группой.

При сравнительной характеристике количества мембранных и внутриклеточных рецепторов у СР (-) больных радиолигандным методом было выявлено, что количество мембранных рецепторов было в 10 раз выше внутриклеточных.

Таким образом, в результате исследования было выявлено, что 35% СР (+) больных имеют рецепторную патологию, из них: 7% – низкое количество мембранных рецепторов, 14% – низкое количество внутриклеточных рецепторов (за счет α -изоформы), 14% – увеличенное количество β -изоформы ГР.

В результате проведенного исследования было выявлено, что низкий уровень α -изоформы ГР способствует СР у больных ИАП. Следует отметить, что у больных с низким уровнем ГР α высыпания на первых этапах лечения регрессируют при монотерапии. При снижении СГК не наблюдается генерализации сыпи, отмечается появление единичных пузырей и/или эрозий. Назначение азатиоприна не всегда сдерживает появление новых высыпаний и способствует регрессу старых. У больных с высокими значениями β -изоформы ГР наблюдается торпидное течение и частые обострения ИАП. Следует отметить, что первые высыпания при обострениях у больных появлялись на волосистой части головы и отличались упорным течением и торпидностью к монотерапии СГК. Обострения протекали, как правило, бурно, с быстрой генерализацией

высыпаний. При назначении азатиоприна достигался выраженный положительный эффект.

При снижении количества мембранных рецепторов кожный процесс носил торпидный характер, наблюдались постоянные единичные пузырьные высыпания. При обострениях заболевание носило генерализованный характер. Назначение азатиоприна сдерживало появление новых высыпаний и способствовало регрессу старых.

Вывод. При ретроспективном анализе историй болезни у 44% больных ИАП из 123 наблюдается стероидная резистентность, которая проявляется обязательными обострениями уже в первый год от начала лечения СГК и ежегодными обострениями в последующем при отсутствии адъювантной терапии. Все больные простой неакантолитической пузырчаткой (ПНП) (15%) являются стероидрезистентными ($p < 0,05$).

При исследовании α - и β -изоформ глюкокортикоидных, мембранных и внутриклеточных рецепторов у стероидрезистентных больных выявляется гетерогенность: у 14% больных наблюдается снижение экспрессии α -изоформы ГР – (52,85%; 55,44%) при медиане у стероидчувствительных больных – 69,17%, (интервал значений 65,03% – 80,28%) ($p < 0,05$), у этих же больных отмечается низкое количество внутриклеточных рецепторов (за счет α -изоформы) ($0,77 \times 10^3$ /клетку; $0,8 \times 10^3$ /клетку) при медиане – $1,08 \pm 0,15 \times 10^3$ /клетку ($p < 0,05$), у 14% пациентов – повышение экспрессии β -изоформы ГР – (48,36%; 49,40%) при медиане – 33,99% (интервал значений 15,03% – 40,25%) ($p < 0,05$); у 7% – снижение количества мембранных рецепторов ($6,91 \times 10^3$ /клетку) при медиане – $10,32 \pm 1,03 \times 10^3$ /клетку ($p < 0,05$).

Основные механизмы индивидуальной резистентности к СГК у больных ИАП обнаруживаются на молекулярном уровне; так, у 35% стероид-

идрезистентных больных наблюдается поражение рецепторного аппарата, а именно: снижение экспрессии α -изоформы ГР у 14% больных, у этих же больных отмечается низкое количество внутриклеточных рецепторов (за счет α -изоформы), повышение экспрессии β -изоформы ГР отмечается у 14% больных, у 7% наблюдается снижение количества мембранных рецепторов.

Все выявленные изменения на рецепторном уровне лежат в основе механизмов формирования стероидной резистентности и коррелируют с динамикой заболевания в процессе лечения.

Список литературы:

1. Духанин, А.С. Биохимические аспекты стероидной резистентности при аутоиммунной пузырчатке / А.С. Духанин, Н.П. Теплюк, А.А. Алтаева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – № 3. – С. 25–31.
2. Индивидуальные механизмы стероидной резистентности при истинной акантолитической пузырчатке на рецепторном уровне / А.С. Духанин [и др.] // Экспериментальная и клиническая фармакология. – 2015. – № 78 (999). – С. 21.
3. Разработка схемы лечения больных аутоиммунной пузырчаткой азатиоприном при стероидной резистентности на основании исследования ее молекулярных механизмов на пострецепторном уровне / О.Ю. Олисова [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2016. – № 44 (1). – С. 6–12.
4. Treating pemphigus vulgaris with prednisone and mycophenolate mofetil: a multicenter, randomized, placebo-controlled trial / S. Beissert [et al.] // J. Invest Dermatol. – 2010. – № 130. – P. 2041.
5. A comparison of oral methylprednisolone plus azathioprine or mycophenolate mofetil for the treatment of pemphigus / S. Beissert [et al.] // Arch Dermatol. – 2006. – № 142. – P. 1447.
6. Pulsed intravenous cyclophosphamide and methylprednisolone therapy in refractory pemphigus / M. Saha [et al.] // Br J Dermatol. – 2010. – № 162. – P. 790.
7. Bystryn, J. C. Treatment of pemphigus: how it works and how to use it / J. C. Bystryn, J. L. Rudolph // J. Invest Dermatol. – 2005. – № 125. – P. 1093.
8. Corticosteroid-sparing effect of intravenous immunoglobulin therapy in patients with pemphigus vulgaris / N. Sami [et al.] // Arch Dermatol. – 2002. – № 138. – P. 1158.

УДК 616.98-053.2-06:616.5:616-097

М. К. Ермакова, Л. П. Матвеева, С. Н. Найдёнкина

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра пропедевтики детских болезней с курсом поликлинической педиатрии

ВЛИЯНИЕ РЕСПИРАТОРНОЙ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ НА ОБОСТРЕНИЕ КОЖНЫХ И РЕСПИРАТОРНЫХ ПРОЯВЛЕНИЙ АЛЛЕРГИИ У ДЕТЕЙ

Ермакова Маргарита Кузьминична – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел. 8 (912) 769-33-32, e-mail: ermakovamk2@rambler.ru; Матвеева Лариса Петровна – кандидат медицинских наук, доцент; Найдёнкина Светлана Николаевна – ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Проведен анализ влияния интеркуррентных ОРВИ на обострение atopического дерматита и бронхиальной астмы у 136 детей. Показано, что ОРВИ, чаще парамиксовирусная инфекция, способствует обострению аллергического заболевания. Выявлены нарушения иммунного гомеостаза, избыточная продукция IgE, более выраженные у детей с обострением и кожных и респираторных проявлений аллергии на фоне ОРВИ.

Ключевые слова: ОРВИ; atopический дерматит; бронхиальная астма

М. К. Ermakova, L. P. Matveeva, S. N. Naidenkina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

Department of Propaedeutics of Childhood Diseases with a Course of Polyclinic Pediatrics

IMPACT OF RESPIRATORY VIRAL INFECTION ON THE EXACERBATION OF CUTANEOUS AND RESPIRATORY MANIFESTATIONS OF ALLERGIC CONDITIONS IN CHILDREN

Ermakova Margarita Kuzminichna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (912) 769-33-32, e-mail: ermakovamk2@rambler.ru; **Matveeva Larisa Petrovna** — Candidate of Medical Sciences, Associate Professor; **Naidenkina Svetlana Nikolayevna** — Lecturer Candidate of Medical Sciences

The analysis of the impact of intercurrent acute respiratory viral infection (ARVI) on the exacerbation of atopic dermatitis and bronchial asthma in 136 children has been carried out. It was proved that ARVI, most often paramyxoviral infection, contributes to the exacerbation of an allergic disease. Disturbances of immune homeostasis and excessive production of IgE were revealed, they were more pronounced in children with the exacerbation of both cutaneous and respiratory manifestations of an allergy while being ill with ARVI.

Key words: ARVI; atopic dermatitis; bronchial asthma

Атопический дерматит у детей, а также сочетание кожных проявлений аллергии с респираторными проявлениями, в частности с бронхиальной астмой (БА), является актуальной проблемой педиатрии, о чем свидетельствует высокая распространенность и рост заболеваемости аллергической патологией во всех возрастных группах. Существенную роль играет острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) в обострении аллергических заболеваний, особенно аллергической патологии респираторного тракта. Хроническое течение аллергических заболеваний требует длительного лечения, что сопровождается большими материальными затратами системы здравоохранения, пациентов, их семей и общества в целом [1, 2, 3].

Атопический дерматит является первым проявлением «атопического марша» и значимым фактором риска развития БА у детей, так как эпикутанная сенсibilизация, формирующаяся при атопическом дерматите, сопровождается не только локальным воспалением кожи, но и системным иммунным ответом с вовлечением в процесс различных разделов респираторного тракта [4].

Цель исследования: изучить влияние интеркуррентных острых респираторных заболеваний на состояние иммунной системы и на течение кожных и респираторных проявлений аллергии у детей, а также значение определенных возбудителей в провокации обострения аллергического заболевания.

Материалы и методы исследования. В динамике ОРВИ нами проведено наблюдение за 136 детьми в возрасте от 6 месяцев до 13 лет, из них 47 детей с атопическим дерматитом и 89 детей с сочетанием атопического дерматита с БА. Вирусологическое (методом непрямо́й иммунофлюоресценции) и/или серологическое (РТГА-реак-

ция торможения гемагглютинации) обследование было проведено у 95 детей для подтверждения этиологии ОРВИ. Клинико-эпидемиологический анализ (заболевание во время вспышки) позволил диагностировать вирусную этиологию и у остальных детей, наблюдавшихся в связи с интеркуррентными ОРВИ. У 80 детей было проведено иммунологическое обследование: определение количества Т-лимфоцитов, *IgA*, *IgM*, *IgG* и *IgE*.

Результаты исследования и их обсуждение. Интеркуррентная вирусная инфекция в 101 случае (74,3%) имела клинически очерченную картину: повышение температуры тела, выраженные катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, изменение общего состояния. У 11 детей на фоне ОРВИ развились осложнения в виде отита. Катаральные явления без повышения температуры тела и токсикоза отмечались у 30 детей. В 5 случаях имела место бессимптомная инфекция у детей, находившихся в контакте с больными. У детей с сочетанием кожных и респираторных проявлений аллергии наблюдалось более тяжелое течение интеркуррентной респираторной вирусной инфекции, по сравнению с детьми, больными атопическим дерматитом. Так, тяжелое и среднетяжелое течение ОРВИ у детей с кожными и респираторными проявлениями аллергии наблюдалось в 78,6% и 16,9%, тогда как у пациентов с атопическим дерматитом – в 66,0% и 31,9% соответственно.

Присоединение ОРВИ у детей с сочетанием атопического дерматита с БА сопровождалось одновременным (43,0%) или изолированным обострением БА (27,8%) и атопического дерматита (29,2%). Обострение БА в виде типичного приступа наблюдалось в течение первых 7 дней от начала ОРВИ или в те же сроки от начала контакта с больным (в случаях бессимптомного

течения вирусной инфекции). В более поздние сроки (на 8–14 день) оно возникло у 3 из 72 больных, давших обострение.

У детей, больных atopическим дерматитом, обострение кожных проявлений аллергии наблюдалось в 28 случаях, что составило 59,6%. Обострение atopического дерматита проявлялось гиперемией, усилением зуда и реже возникновением мокнутия. Обострение кожных проявлений аллергии наблюдалось чаще при тяжелом течении ОРВИ. На фоне ОРВИ, связанного со смешанной инфекцией (грипп и парагрипп), в 5 случаях у детей с atopическим дерматитом впервые развился типичный приступ БА. У детей с сочетанием кожных и респираторных проявлений аллергии частота обострения atopического дерматита и БА была практически одинаковой (58,4% и 62,9% соответственно).

Этиологическая связь интеркуррентных ОРВИ с определенной вирусной инфекцией была установлена в 64 случаях, из них 42 случая ОРВИ наблюдались у детей с сочетанием кожных и респираторных проявлений аллергии, и 22 случая – у детей с atopическим дерматитом. При изучении этиологии ОРВИ у детей с сочетанием atopического дерматита с БА было выявлено, что в 64,1% случаев была связана с гриппом, включая 21,9% случаев смешанной инфекции. Несколько реже – в 46,8% случаев – у детей диагностирован парагрипп. Респираторно-синцитиальная (RS) и аденовирусная инфекции выявлялись преимущественно в ассоциации с другими вирусными инфекциями.

При анализе зависимости вирусной этиологии острого респираторного заболевания и обострения atopического дерматита и БА выявлено, что в случаях, когда у детей выявляли парагриппозную или RS-вирусную инфекции, в том числе в ассоциации с гриппом или аденовирусной инфекцией, обострение аллергического заболевания наблюдалось чаще (89,2%), чем при гриппе (55,6%). При этом, более высокая частота обострения аллергических заболеваний определялась активацией кожных проявлений аллергии. Так, если при гриппе обострение atopического дерматита наблюдалось в 44,4% случаев, то при парагриппе, RS-вирусной инфекции и смешанных вирусных инфекциях признаки обострения кожного процесса выявлялись в 78,4% ($p < 0,001$). Диагностированная у 7 детей RS-вирусная инфекция, в том числе в ассоциации с гриппом, во всех случаях сопровождалась обострением аллергического заболевания. При

этом, у 2 детей наблюдалось одновременное обострение и БА и atopического дерматита.

Основой формирования аллергического процесса на коже и респираторном тракте являются нарушения иммунного гомеостаза. У 80 детей в динамике ОРВИ было проведено исследование иммунологического статуса. При анализе показателей клеточного иммунитета наиболее существенное снижение содержания лимфоцитов, в том числе Т-лимфоцитов, в острой фазе ОРВИ наблюдалось у детей с одновременным обострением кожных и респираторных проявлений аллергического заболевания. Абсолютное количество лимфоцитов ($2,05 \times 10^9/\text{л}$) у детей этой группы было достоверно ниже ($p < 0,05$), чем у детей без обострения аллергического заболевания на фоне ОРВИ ($2,82 \times 10^9/\text{л}$). Дети с обострением заболевания, в том числе с обострением одного из синдромов аллергического заболевания, по содержанию Т-лимфоцитов в крови достоверно отличались от детей без обострения. Так, содержание Т-лимфоцитов у детей с одновременным обострением и кожных и респираторных проявлений аллергии составило $0,47 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,001$) по сравнению с детьми без обострения, у которых содержание Т-лимфоцитов было $0,98 \times 10^9/\text{л}$, с обострением одного из синдромов аллергического заболевания – $0,72 \times 10^9/\text{л}$ ($p < 0,05$).

При анализе показателей гуморального иммунитета была выявлена некоторая тенденция к снижению показателей *IgA*, *IgM* и *IgG* у детей с обострением аллергической патологии, по сравнению с детьми без обострения на фоне ОРВИ. Выявлена более четкая тенденция к повышению концентрации *IgE* у детей с обострением аллергического заболевания. У детей с одновременным обострением и atopического дерматита и БА средний показатель концентрации *IgE* был достоверно выше среднего показателя *IgE* у детей без обострения аллергического заболевания ($836,1 \pm 165,3$ и $373,8 \pm 142,6$ МЕ/л соответственно; $p < 0,05$).

Вывод. Острая респираторная вирусная инфекция способствует обострению аллергического заболевания. Активация кожных проявлений аллергии чаще связана с парамиксовирусной инфекцией, чем с гриппом. Вирусная инфекция также участвует и в манифестации БА у детей с atopическим дерматитом.

На фоне общей иммуносупрессии, связанной с ОРВИ, возможно, нарушается функция Т-супрессоров, с чем связана продукция избыточного количества реактинов (*IgE*).

Список литературы:

1. Аллергия у детей: от теории к практике / под ред. Л. С. Намазовой-Барановой. – М.: Союз педиатров России, 2010–2011. – С. 668.

2. Вирусная инфекция и аллергическая патология у детей / М. К. Ермакова [и др.] // Труды ИГМА: сб. статей. – Ижевск, 2014. – Том 52. – С. 73–74.

3. Национальная программа «Бронхиальная астма у детей. Стратегия лечения и профилактика». – 4-е изд., испр. и доп. – М., 2012. – С. 182.

4. **Spergel, J.M.** Atopic dermatitis and the atopic march / J.M. Spergel, A.S. Pallrt // J. Allergy Clin. Immunol. – 2003. – Suppl. 6. – P. 118–127.

УДК 616.53-002.25-079.4

Р. М. Загртдинова, Р. Н. Загртдинова, М. В. Лекомцева, Е. Г. Редькина

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

ИММУНОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ФОРМИРОВАНИЯ АКНЕ

Загртдинова Ризид Миннесагитовна – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77; тел. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; **Загртдинова Ризилия Нуровна** – ассистент кафедры; **Лекомцева Марина Владимировна** – врач-дерматовенеролог; **Редькина Елена Георгиевна** – интерн

Выявлены основные клинические формы акне у наблюдаемых больных (папуло-пустулезная и узловатая). Определены показатели иммунной системы при акне. Прослежена связь иммунных нарушений и тяжести течения дерматоза.

Ключевые слова: акне; клиника; иммунологический статус

R. M. Zagrtdinova, R. N. Zagrtdinova, M. V. Lekomtseva, E. G. Redkina

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

IMMUNOLOGICAL ASPECTS OF ACNE FORMATION

Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; **Zagrtdinova Rizilya Nurovna** – Lecturer; **Lekomtseva Marina Vladimirovna** – Dermatovenereologist; **Redkina Elena Georgievna** – intern

The basic clinical forms of acne in the observed patients (papulo-pustular and knotty) have been revealed. The indices of the immune system in acne were identified. The relationship between immune disorders and the severity of dermatosis was observed.

Key words: acne; clinical forms; immunological status

Акне – это хроническое заболевание, проявляющееся открытыми или закрытыми комедонами и воспалительными поражениями кожи в виде папул, пустул, узлов. Также акне определяется как хроническое рецидивирующее заболевание кожи лиц преимущественно молодого возраста, являющееся результатом гиперпродукции кожного сала и закупорки гиперплазированных сальных желез с последующим их воспалением [5]. Причины акне могут быть эндогенными и экзогенными [1], у женщин основную роль в их развитии отводят дисбалансу половых гормонов в большей степени, чем у мужчин, а также усилению чувствительности сальной железы на действие андрогенов [2,3]. В дальнейшем в результате гиперандрогении основное патогенетическое значение приобретают процесс кератинизации, патологический фолликулярный гиперкератоз, избыток продукции кожного сала с дисбалансом липидов и размножение *Propionibacterium acnes* [9]. Таким образом, в настоящее время установлено, что в формировании акне участвуют

4 основных механизма: гиперпродукция секрета сальными железами с дисбалансом липидов, фолликулярный гиперкератоз, деятельность бактерий (*Propionibacterium acnes*), воспаление.

Также в развитии акне большое значение имеет дисбаланс иммунной системы со значительными изменениями цитокинового профиля [2,3], причем реакция иммунокомпетентных клеток на инфекционные агенты у мужчин и женщин также различны [4].

Гистологически при тяжелых формах угревой болезни в дерме образуются очаги хронического перифолликулярного воспаления, исход которого зависит от характера иммунологических нарушений. По мнению ряда авторов, иммунный дисбаланс является одной из ведущих составляющих в патогенезе угревой болезни [8,9,14]. Проводимые ранее исследования выявили нарушения как в клеточном, так и в гуморальном звеньях иммунитета [5,10,11].

По мнению Р.М. Хаитова и соавт. [13], главной задачей иммунодиагностики является иден-

тификация причинных изменений в иммунитете, которые ведут непосредственно к развитию иммунодефицитного состояния, не позволяющего справиться с хроническим, вялотекущим, рецидивирующим инфекционно-воспалительным процессом. Оценка цитокинового статуса является существенным дополнением к пониманию патогенеза заболевания, позволяет получить информацию о функциональной активности иммунокомпетентных клеток, о тяжести воспалительного процесса [7]. Таким образом, изучение состояния показателей иммунитета, функционирования системы цитокинов у больных угревой болезнью является актуальным для понимания причин и механизмов развития тяжелого течения заболевания, для оценки активности воспалительного процесса, составления прогноза и создания эффективных схем лечения. Изучение звеньев патогенеза акне актуально в нашем регионе в связи с большим количеством пациентов. Так, за 5 лет в БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР» по поводу данного дерматоза обратились около 5 тысяч пациентов [6].

Цель исследования: изучение особенностей иммунологического статуса у пациентов с акне.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением находилось на стационарном лечении в БУЗ УР РКВД МЗ УР 36 больных с акне: 19 мужчин и 17 женщин в возрасте от 18 до 35 лет. Средний возраст составил $21,47 \pm 0,37$ года.

Результаты исследования и их обсуждение. Сопутствующая патология внутренних органов выявлена у 11 пациентов. В основном, это заболевания желудочно-кишечного тракта у 6 пациентов (16%), реже заболевания ЛОР органов (хронический тонзиллит) у 3 пациентов (8%), патология мочеполового тракта (хронический пиелонефрит, хронический аднексит) у 2 женщин (5%).

Отягощенная наследственность по данному заболеванию была отмечена у 16 (44%) из 36 обследуемых больных. У 8 (22%) из них зарегистрирована IV степень, у 5 пациентов (14%) – III степень, у 3 пациентов (9%) – II степень тяжести акне.

Степень тяжести угревой болезни определяли согласно классификации, предложенной Американской академией дерматологии, в модификации отечественных ученых М. А. Самгина, С. А. Монахова [12]. Критерием степени тяжести служил преобладающий тип элементов и их количество: I степень – комедоны (открытые и закрытые) и до 10 папул; II степень – комедоны, папулы и до 5 пустул; III степень – комедоны, па-

пуло-пустулезная сыпь, до 5 узлов; IV степень – выраженная воспалительная реакция в глубоких слоях дермы, с формированием множественных, болезненных узлов и кист.

Из 36 пациентов с воспалительными формами угревой болезни у 10 человек (27%) была зарегистрирована II степень тяжести, у 15 человек (41%) – III степень тяжести и у 11 человек (32%) – IV степень тяжести угревой болезни.

Длительность заболевания на момент обращения варьировала от 1 года до 19 лет и составила в среднем $3,14 \pm 0,24$ года ($p < 0,05$). Сравнительный анализ длительности заболевания по группам с разной степенью тяжести показал наибольшую длительность заболевания при IV степени тяжести ($5,42 \pm 0,53$ года, $p < 0,05$).

У большинства больных (25 человек – 70%) процесс носил распространенный характер с поражением лица, груди и спины, у части пациентов он был локализован только на коже лица (8 человек – 22%) или только на коже туловища (3 человека – 8%). Распространенный характер поражения, свойственный для тяжелого течения заболевания, наблюдался у 13 из 15 пациентов с III степенью тяжести и у 9 из 11 пациентов с IV степенью тяжести, тогда как у пациентов со II степенью тяжести только у 3 из 10 больных.

Согласно классификации *Pochi P.E. et al*, принятой на согласительной конференции в Вашингтоне в 1991 году, у данных пациентов были выделены основные клинические формы заболевания: папуло-пустулезная – у 10 человек (27%) и узловатая – у 26 человек (73%).

Клиническая картина папуло-пустулезной формы угревой болезни характеризовалась наличием воспалительных папул полусферической формы, величиной до 5 мм, красного цвета, в центре некоторых определялись пустулы. Отмечалось наличие невоспалительных элементов: открытых и закрытых комедонов.

При узловатой форме наблюдалось наличие узловых элементов, расположенных глубоко в дерме, представляющих собой плотные инфильтраты, размером от горошины (0,5 см) до вишни (1,0 см), багрово-синюшной окраски. Часть элементов носила абсцедирующий характер с наличием свищевых ходов. Наблюдались множественные кисты, гигантские фистульные комедоны.

Важно было определить показатели иммунной системы и связи между характером иммунных нарушений и клиническими проявлениями при разной степени тяжести угревой болезни

для уточнения роли выявленных изменений в патогенезе тяжелого течения угревой болезни.

В показателях основных популяций и субпопуляций иммунокомпетентных клеток в периферической крови у здоровых доноров в зависимости от пола существенных различий не выявлено.

Необходимо отметить, что дихотомия Т-хелперов на клетки подклассов *Th1* и *Th2* важна, так как определяет структуру иммунного ответа и преобладающий характер иммунной защиты. ($CD4^+$) – стабильный маркер Т-хелперов, имеющий родство к МНС II класса.

При его недостатке происходит дифференцировка в сторону *Th2* иммунного ответа. Важную роль в процессе дифференцировки играет выработка цитокинов. Так, *Th1* являются источником выработки ИЛ-2 и ИНФ- γ . Не меньшее значение для оценки нарушений развития клеточного звена иммунного ответа имеет исследование уровня цитотоксических Т-лимфоцитов, маркерами которых являются $CD8$ клетки. Цитотоксические Т-лимфоциты разрушают клетки, на поверхности которых присутствуют молекулы МНС I-го класса, содержащие чужеродные пептиды, то есть трансформированные или инфицированные клетки, большинство иммунных ($CD8^+$) продуцируют ИНФ- γ и ФНО- α [9,15].

При II и III степени тяжести отмечалось снижение уровня $CD4^+$ как по удельному весу, так и в абсолютных величинах (II – $29,57 \pm 2,96$, $p < 0,05$; III – $31,27 \pm 2,38$, $p < 0,05$), тогда как при IV степени тяжести зарегистрирована тенденция к снижению показателя в абсолютных величинах и по удельному весу ($31,60 \pm 3,42$, $p < 0,05$).

Снижение Т-цитотоксических лимфоцитов ($CD8^+$) было установлено в группе пациентов с III степенью тяжести, как по удельному весу, так и в абсолютных величинах ($23,82 \pm 1,50$, $p < 0,05$). При II степени тяжести достоверное снижение показателя было установлено по удельному весу и в абсолютных величинах ($23,00 \pm 1,64$, $p < 0,05$). В группе пациентов с IV степенью тяжести акне наблюдалась лишь тенденция к снижению удельного веса и абсолютного содержания Т-цитотоксических лимфоцитов ($27,55 \pm 3,50$, $p < 0,05$). При оценке показателей Т-лимфоцитов и их субпопуляций между группами больных с разной степенью тяжести достоверно значимых различий нами не установлено.

При анализе значений иммунорегуляторного индекса ($CD4^+/CD8^+$) у пациентов с угревой болезнью установлено снижение показателя при IV степени тяжести ($1,24 \pm 0,12$, $p < 0,05$), практически равные с контрольным уровнем при II степени

($1,74 \pm 0,28$, $p < 0,05$) и тенденция к снижению при III степени угревой болезни ($1,35 \pm 0,13$, $p < 0,05$).

При анализе уровня $CD20^+$, маркера В-клеток и дендритных клеток установлено повышение их удельного веса у всех наблюдаемых больных, тогда как статистически достоверное увеличение абсолютного уровня В-лимфоцитов отмечалось только при IV степени тяжести ($23,00 \pm 3,23$, $p < 0,05$).

Основная функция NK клеток – контактный цитотоксический механизм уничтожения пораженных клеток-мишеней. При контакте из киллера в клетку-мишень поступают сигнальные молекулы, включающие процесс ее программированной гибели (апоптоз). Клетки ($CD16^+$) продуцируют провоспалительные цитокины ФНО- α , ИЛ-1, ИНФ- γ [9,5]. При IV степени тяжести отмечалось повышение показателя в абсолютных величинах ($30,88 \pm 3,64$, $p < 0,05$), тогда как при II и III степени тяжести отмечалась тенденция к увеличению абсолютного уровня $CD16^+$ (II – $21,00 \pm 3,28$, $p < 0,05$; III – $21,50 \pm 3,70$, $p < 0,05$). Показатели удельного веса NK-клеток при IV степени тяжести были достоверно выше ($30,88 \pm 3,64$, $p < 0,05$).

Самая сильная и эволюционно новая система защиты организма – система лимфоцитарного иммунитета, однако нельзя недооценивать патологические последствия доиммунной активации нейтрофилов микробными продуктами. Фагоцитоз – это особый процесс поглощения клеткой макромолекулярных комплексов или корпускулярных структур. Цель фагоцитоза – полное биохимическое расщепление до мелких метаболитов содержимого фагосомы. Возможности фагоцитирующих клеток значительно расширяются при сопряжении доиммунного и иммунного ответа, что происходит благодаря наличию на мембране фагоцитов специальных рецепторов для активных цитокинов, вырабатываемых иммунными лимфоцитами [15].

Фагоцитарный индекс был снижен при III степени тяжести ($40,82 \pm 4,79$, $p < 0,05$) и IV степени тяжести угревой болезни ($44,89 \pm 5,52$, $p < 0,05$), тогда как при II степени тяжести этот показатель был близок к норме ($55,83 \pm 6,76$, $p < 0,05$).

Фагоцитарное число было низким у всех наблюдаемых больных (II – $4,14 \pm 0,66$, $p < 0,05$; III – $2,82 \pm 0,58$, $p < 0,05$; IV – $1,94 \pm 0,42$, $p < 0,05$). При этом показатель при IV степени тяжести был наиболее низок ($1,94 \pm 0,42$, $p < 0,05$).

Вывод. Тяжелое течение акне у обследуемых больных наблюдалось при отягощенной наследственности, характеризовалось длительностью заболевания и рефрактерностью к проводимой терапии. У пациентов с IV степенью

тяжести акне выявлено снижение уровня $CD4^+$ ($31,60 \pm 3,42$, $p < 0,05$) и иммунорегуляторного индекса ($CD4^+/CD8^+$) ($1,24 \pm 0,12$, $p < 0,05$), увеличение абсолютного уровня $CD20^+$ клеток (В-лимфоцитов) ($23,00 \pm 3,23$, $p < 0,05$) и $CD16^+$ ($30,88 \pm 3,64$, $p < 0,05$), фагоцитарное число было значительно снижено ($IV - 1,94 \pm 0,42$, $p < 0,05$), чем при II и III степени тяжести акне (II – $4,14 \pm 0,66$, $p < 0,05$; III – $2,82 \pm 0,58$, $p < 0,05$).

Список литературы:

1. **Адаскевич, В.П.** Акне и розацеа / В.П. Адаскевич. – СПб.: Ольга, 2000. – 132 с.
2. **Аравийская, Е.А.** Современный взгляд на лечение акне: состояние проблемы и новые возможности / Е.А. Аравийская // Лечащий врач. – 2003. – № 4. – С. 4–6.
3. **Ахтямов, С.Н.** Вульгарные акне: вопросы этиологии и патогенеза / С.Н. Ахтямов, Г.Г. Сафарова // Вестн. последиплом. мед. образования. – 2003. – № 3/4. – С. 86.
4. **Васильева, Е.С.** Угревая болезнь: клиничко-иммунологические аспекты / Е.С. Васильева // Рус. мед. журн. – 2008. – Т. 16, № 8. – С. 572–574.
5. Возможности и перспективы оценки иммунной системы кожи / Е.В. Мельникова [и др.] // Мед. иммунология. – 2005. – Т. 7, № 2–3. – С. 262.
6. **Загртдинова, Р.Н.** Особенности акне среди школьников города и села в Удмуртии / Р.Н. Загртдинова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2011. – № 2. – С. 20–21.
7. Значение иммунологических нарушений в патогенезе поздних форм акне / З.С. Бекмагомаева [и др.] // Вестн. последиплом. мед. образования. – 2001. – № 4. – С. 44–46.
8. **Киселева, Н.В.** Роль антигенов гистосовместимости в развитии различных форм акне и методы их коррекции: дис. ... канд. мед. наук / Н.В. Киселева. – М., 2001. – 114 с.
9. **Кошевенко, Ю.Н.** Механизмы клеточного иммунитета в коже / Ю.Н. Кошевенко // Косметика и медицина. – 2001. – № 3. – С. 15–26.
10. **Монахов, С.А.** Терапевтический индекс акне как основа дифференцированного подхода к лечению угревой болезни / С.А. Монахов // Рос. журн. кожных и венерич. болезней. – 2005. – № 1. – С. 67–70.
11. **Пескова, И.В.** Функциональная активность нейтрофилов и перекисное окисление липидов в динамике терапии угревой болезни: автореф. дис. ... канд. мед. наук / И.В. Пескова. – Новосибирск, 2000. – 18 с.
12. **Самгин, М.А.** Современный взгляд на воспаление при акне / М.А. Самгин, С.А. Монахов // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2003. – № 6. – С. 48–49.
13. **Хайтов, Р.М.** Иммунология / Г.А. Игнатъева, И.Г. Сидорович. – М.: Медицина, 2000. – 430 с.
14. Activation of toll-like receptor in acne triggers inflammatory cytokine responses / J. Kim [et al.] // J. Immunol. – 2002. – Vol. 169, № 3. – P. 1535–1541.
15. Toll-like receptor-2 mediates micobacteria-induced proinflammatory signaling in macrophages / D.M. Underhill [et al.] // Pract Natl Acad Sci USA. – 1999. – Vol. 96, № 7. – P. 14459–14463.

УДК 616.-002.828-076

Н. А. Кирьянов¹, Е. А. Ложкин², С. А. Суханов²

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра патологической анатомии

²БУЗ УР «Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

ИММУНОГИСТОХИМИЧЕСКАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИБОВИДНОГО МИКОЗА

Кирьянов Николай Александрович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57; тел. 8 (3412) 46-86-53, e-mail: kirnik@list.ru; **Суханов Сергей Аркадьевич** – заведующий патологоанатомическим отделением; **Ложкин Егор Александрович** – врач-патологоанатом

Приведена гистологическая и иммуногистохимическая характеристика Т-клеточных лимфом кожи (грибовидного микоза). Определены основные диагностические и прогностические маркеры этих опухолей.

Ключевые слова: грибовидный микоз; иммуногистохимическая диагностика

N. A. Kiryanov¹, E. A. Lozhkin², S. A. Sukhanov²

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pathologic Anatomy

²Republic Oncological Clinic, Izhevsk

IMMUNOHISTOCHEMICAL DIAGNOSIS OF MYCOSIS FUNGOIDES

Kiryanov Nikolay Aleksandrovich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426000, Izhevsk, 57 Votkinskoye Shosse st., tel. 8 (3412) 46-86-53, e-mail: kirnik@list.ru; **Sukhanov Sergey Arkadevich** – Head of the Pathology Department; **Lozhkin Egor Aleksandrovich** – Pathologist

The histologic and immunohistochemical characteristics of cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides) are presented in the article. The main diagnostic and predictive markers of these tumors have been determined.

Key words: mycosis fungoides; immunohistochemical diagnostics

Грибовидный микоз (ГМ) до настоящего времени остается серьезной проблемой в современной онкологии не только в России, но и в мире. Первичная и дифференциальная диагностика

заболевания трудна. Болезнь характеризуется агрессивным течением и неблагоприятным прогнозом, а стандартные варианты лекарственного лечения не обладают высокой эффективностью.

ГМ представляет собой Т-клеточную лимфому кожи из лимфоцитов, экспрессирующих *CD4*. Начальная (эритематозная) стадия во многих случаях напоминает таковую при подостром или хроническом дерматите и экземе [1,5]. Отмечаются акантоз, гиперкератоз, в шиповатом слое очаговый спонгиоз. В дерме регистрируются небольшие периваскулярные инфильтраты из лимфоцитов с примесью гистиоцитов, небольшого числа плазмочитов и эозинофилов. Иногда можно обнаружить лимфоциты с церебриформными ядрами (клетки Лутцнера). В бляшечной и, особенно, в опухолевой стадии в эпидермисе формируются характерные для этого заболевания микроабсцессы Потрие, располагающиеся в различных его слоях. В дерме развивается диффузный инфильтрат с вовлечением в процесс подкожной жировой клетчатки. Этот инфильтрат состоит преимущественно из малых и средних лимфоцитов, частично с церебриформными ядрами, иммунобластов и гистиоцитов, среди которых находятся плазматические клетки и эозинофилы [1–2]. Иммуноцитохимически клетки экспрессируют маркеры Т-лимфоцитов – *CD2+*, *CD3+*, *CD4+*, *CD5+*, *CD8-*, *CD45RO+*, *CD30-*. Поражение лимфоузлов развивается по мере нарастания поражения кожи и является прогностически неблагоприятным признаком. На поздних стадиях могут поражаться любые органы. Двухлетняя выживаемость больных в распространенных стадиях болезни составляет 77%, а пятилетняя – 52% [2]. Показано, что ранняя и точная диагностика заболевания возможна при выявлении клеток Лутцнера, которые экспрессируют *CD4*, и обнаружение перестроек генов, кодирующих рецепторы Т-лимфоцитов. Эти факты подтверждают моноклональное происхождение опухолевых клеток [3]. Последние исследования показали, что в патогенезе заболевания большую роль играют клетки микроокружения, такие как дендритные клетки, регуляторные Т-лимфоциты, тучные клетки и макрофаги [3, 4, 6]. Эти исследования способствуют разработке таргетной терапии ГМ [3, 4, 6].

Цель исследования: представить иммуногистохимическую характеристику ГМ в Удмуртии.

Материал и методы исследования. Проведен анализ биопсийного материала от 7 больных с подробным гистологическим и иммуногистохимическим анализом. Для иммунофенотипирования использовали панель из моноклональных антител, включающей *CD1a*; *CD3*; *CD4*; *CD5*;

CD7; *CD8*; *CD 20*; *CD30*; *CD56*; *Ki67*; *ALK*; *S100*; *CK HMW*; *TdT*.

Результаты исследования и их обсуждение. Среди больных преобладали мужчины – 5 человек. Средний возраст пациентов составил 67,7 года (58–84 года). При гистологическом исследовании в коже наблюдали умеренный гиперкератоз, акантоз и папилломатоз, с истончением надсосочкового слоя эпидермиса. В дерме выявлялся умеренный диффузный и периваскулярный лимфоидный инфильтрат с выраженным эпидермотропизмом. Часть лимфоидных клеток имеет церебриформные ядра. В более тяжелых случаях в дерме наблюдали интенсивный диффузный полиморфный инфильтрат из лимфоидных клеток среднего и крупного размера, с ядрами бобовидной и неправильной формы, с четким ядрышком. Многие клетки имеют церебриформные ядра. Опухолевая инфильтрация переходит на эпидермис с образованием внутриэпидермальных микроабсцессов Потрие. В одном из наблюдений для гистологического исследования был доставлен лимфатический узел. Гистоархитектоника лимфоузла была нарушена, синусы не визуализировались. Во всех зонах лимфатического узла регистрировалась диффузная пролиферация полиморфных лимфоидных клеток, среди которых многие имели типичный церебриформный рельеф ядерной мембраны. Иммуногистохимический анализ позволил получить дополнительные характеристики клеток, участвующих в возникновении и развитии опухоли. И прежде всего наше внимание было сосредоточено на лимфоидных клетках с церебриформными ядрами (клетки Лутцнера). Они экспрессировали *CD 3*; *CD 4*; *CD 30*. Эти клетки не экспрессировали *CD 8*; *CD 20*; *CD 7*, *TdT*, в тоже время *CD 8* давал положительную реакцию в реактивном инфильтрате. *CD1* а экспрессирован в гистиоцитах Лангерганса эпидермиса. В опухолевом пролиферате выявлена гиперплазированная сеть интердигтирующих клеток, дающих положительную реакцию с *S100*. Внутриэпидермальные микроабсцессы Потрие лучше всего визуализируются в реакции с антителами к *CK HMW*. Особое внимание было уделено экспрессии на опухолевых клетках рецепторов, характеризующих их пролиферативную активность – *Ki 67*. Оказалось, что пролиферативный индекс колебался в широких пределах от 5% до 80%. Этот факт является важным прогностическим признаком, который необходимо учитывать при лечении пациентов.

Вывод. Полученные нами данные подтверждают важность применения иммуногистохимического метода в диагностике грибовидного микоза. Особенно это важно при исследовании биопсийного материала на ранних стадиях болезни, когда опухолевые клетки встречаются еще в небольшом количестве. С другой стороны, иммуногистохимический метод позволяет говорить о патогенезе заболевания и о происхождении опухолевых клеток [3, 4, 6].

Список литературы:

1. Патоморфология болезней кожи / Г.М. Цветкова [и др.]. – М.: Медицина, 2003. – 496 с.
2. Cutaneous Lymphoma International Consortium Study of Outcome in Advanced Stages of Mycosis Fungoides and

Sézary Syndrome: Effect of Specific Prognostic Markers on Survival and Development of a Prognostic Model / J. J. Scarisbrick [et al.] // J Clin Oncol. – 2015. – Vol. 10, № 33 (32). – P. 3766–3773.

3. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): part I. Diagnosis: clinical and histopathologic features and new molecular and biologic markers / S. I. Jawed [et al.] // J Am Acad Dermatol. – 2014. – Vol. 70, № 2:205. – P. 1–16.

4. Primary cutaneous T-cell lymphoma (mycosis fungoides and Sézary syndrome): part II. Prognosis, management, and future directions / S. I. Jawed [et al.] // J Am Acad Dermatol. – 2014. – Vol. 70, № 2:223. – P. 1–17.

5. Primary cutaneous T-cell lymphomas: a review / K. G. Sidiropoulos [et al.] // J Clin Pathol. – 2015. – Vol. 68, N. 12. – P. 1003–1010.

6. Tumor microenvironment in mycosis fungoides and Sézary syndrome / B. Rubio Gonzalez [et al.] // Curr Opin Oncol. – 2016. – Vol. 28, № 1. – P. 88–96

УДК 616.5-006.5-07

Н. А. Кирьянов, В. В. Спиридонова, М.Х. Хусаинова, Е. А. Зубкова, А. Р. Тимербаева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра патологической анатомии

ДИАГНОСТИКА ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ КОЖИ

Кирьянов Николай Александрович – заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Воткинское шоссе, 57; тел. 8 (3412) 46-86-53, e-mail: kirnik@list.ru; **Спиридонова Виктория Вячеславовна** – студентка; **Хусаинова Миляуша Халимовна** – студентка; **Зубкова Елизавета Алексеевна** – студентка; **Тимербаева Алсу Ренатовна** – студентка

В работе представлена характеристика наиболее часто встречающихся доброкачественных опухолей кожи, их гистологическая картина и дифференциальная диагностика.

Ключевые слова: гистологическая картина; доброкачественные опухоли

N. A. Kiryanov, V. V. Spiridonova, M. Kh. Khusainova, E. A. Zubkova, A. R. Timerbaeva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Pathologic Anatomy

DIAGNOSIS OF BENIGN TUMOURS OF THE SKIN

Kiryanov Nikolay Aleksandrovich – Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426000, Izhevsk, 57 Votkinskoye Shosse st., tel. 8 (912) 8502589, e-mail: kirnik@list.ru; **Spiridonova Victoria Vyacheslavovna** – student; **Khusainova Milyausha Khalimovna** – student; **Zubkova Elizabeth Alexeevna** – student; **Timerbaeva Alsou Renatovna** – student

The article describes the most common benign tumors of the skin, their histological peculiarities and differential diagnosis.

Key words: histological peculiarities; benign tumours

Кожа человека – сложный орган, площадь которого у взрослых достигает 1,5–2,3 кв. м., а масса вместе с подкожной клетчаткой составляет до 17% общей массы человека. Кожа не только защищает тело от широкого спектра внешних воздействий, но и выполняет ряд важных функций – терморегуляторную, экскреторную, эндокринную и метаболическую, рецепторную, иммунную и другие. Это разнообразие функций кожи обеспечивается ее строением (эпидермис, дерма, подкожно-жировая клетчатка, различные

железы, кровеносные и лимфатические сосуды, нервные элементы, лимфоидные и макрофагальные клетки). Особое место занимают меланоциты, защищающие организм человека от солнечной радиации [1,3]. Не случайно большое разнообразие опухолей кожи, которые возникают из всех элементов кожного покрова, могут быть как доброкачественными, так и злокачественными. Под доброкачественными кожными опухолями подразумевается огромное количество различных безопасных новообразований.

Они не дают метастазов, не нарушают метаболические или обменные процессы в организме, не влияют на массу человека и его температуру тела. Доброкачественные новообразования причиняют вред только в том случае, когда увеличиваются в размерах или доставляют проблемы косметического плана. Именно поэтому люди обращаются в косметологические кабинеты для удаления этих новообразований [2,4].

Цель исследования: провести анализ доброкачественных опухолей человека, поступивших для гистологического исследования в БУЗ УР «Республиканское патологоанатомическое бюро МЗ УР» (РПАБ) из АУЗ УР «Медицинский центр косметологии и пластической хирургии, врачебно-косметологическая лечебница МЗ УР» г. Ижевска в течение 2013–2015 гг.

Материал и методы исследования. Биопсийный материал фиксировали в нейтральном забуференном 12 % формалине с последующим окрашиванием рутинными методами.

Результаты исследования и их обсуждение. Всего за эти годы поступило операционного материала от 2221 больного. Половина всех больных были в возрасте 21–50 лет. Средний возраст пациентов за эти годы составил 37–38 лет. Обращало на себя внимание значительное преобладание женщин – 1583. Среди всех опухолей чаще всего встретились невусы – 57,7%. Они имеют четкую округлую форму, с четкими краями и равномерной окраской. Чаще родимые пятна не беспокоят их носителей и могут представлять лишь косметический недостаток, однако любые изменения формы, цвета или размеров родинки должны приниматься во внимание, так как любой невус может трансформироваться в меланому. Гистологически невусные клетки похожи на меланоциты, которые располагаются в виде «гнезд». По внешнему виду они напоминают лимфоидные клетки, редко содержат меланин, располагаются обычно в верхних отделах дермы. В более глубоких отделах дермы невусные клетки большей частью вытянутые и напоминают фибробласты. Различают пограничный, сложный, внутридермальный, веретенноклеточный, невус из баллонообразных клеток, галоневус; гигантский пигментированный невус, голубой невус. Папилломы встретились в 17,6% наблюдений. Они представляют собой четко ограниченные опухоли на тонкой ножке или широком основании, обычно небольших размеров. Как правило, папилломы одиночные и существуют

длительное время. Часть из них носит врожденный характер. Поверхность их неровная, мелкоили крупнозернистая, иногда ворсинчатая. Могут быть различной окраски – от белой до грязно-коричневой. Гистологически они характеризуются разрастанием эпидермиса без признаков атипизма. Удаление их всегда связано с косметическими проблемами. При изучении материала себорейный кератоз занимает существенное место (11,3%), который встречается в любом возрасте, но преимущественно в старших возрастных группах. Возникает чаще на лице, туловище и кистях рук в виде плоских гиперпигментированных пятен с небольшими трещинками по всему диаметру. Гистологически опухоль представлена разрастанием эпителия с формированием типичных роговых кист. Ангиомы диагностированы в 4,5% наблюдений. Они чаще всего являются врожденными и увеличиваются по мере роста ребенка. Как правило, они локализуются на лице, причем чаще у женщин и имеют вид пятен различной величины. Окраска ангиом зависит от зоны поражения сосудов: венозная часть дает синюшную окраску, артериальная – образует красные пятна. Как правило, гистологически ангиомы представляют собой конгломерат капилляров, развившихся в результате пролиферации эндотелия. Фибромы были выявлены в 2,0% наблюдений. Они локализовались в любой части тела и представляли из себя узел в подкожной клетчатке. Гистологически фиброма представлена беспорядочными пучками коллагеновых волокон, между которыми располагаются фибробласты и фиброциты. Еще реже обнаружена липома (1,0%). Опухоль имеет капсулу и мягкую консистенцию. Чаще всего липома имеет узловатую форму, она четко отграничена от окружающей ткани, что позволяет удалять ее без особых затруднений. Гистологический диагноз не вызывает затруднений. Остальные опухоли встретились в единичных наблюдениях. Тем не менее некоторые из них представляют интерес. Кератоакантома – доброкачественная опухоль, возникающая преимущественно на лице. Имеет вид полушаровидного образования с зоной центрального западения, заполненного роговыми массами. Гистологическим отличительным признаком опухоли является разрастание многослойного плоского эпителия с явлениями акантоза и гиперкератоза. Характерным является формирование «воротничка» вокруг некротических масс вокруг зоны центрального западения. Некротизирующаяся

эпителиома Малерба – редкая опухоль, возникающая из элементов волосного фолликула. Имеет плотную консистенцию и при гистологическом исследовании характерным являются разрастание пластов некротизированного эпителия.

Несмотря на то, что в работе проведен анализ доброкачественных опухолей кожи, в операционном материале встретились и злокачественные опухоли. Среди них чаще диагностированы различные варианты базалиом и редко меланомы. Диагностика и лечение злокачественных опухолей кожи проводится в специализированных учреждениях.

Вывод. Наше исследование подтверждает большое разнообразие доброкачественных опухолей кожи, диагностика которых начинается с клинических проявлений и визуальной характеристики. Однако с помощью визуальной

оценки не всегда можно определить характер процесса, поскольку часть новообразований может иметь сходную клиническую характеристику, но разное гистологическое строение; другие, наоборот, при разном клиническом проявлении имеют сходное морфологическое строение, и наконец, часть новообразований не имеет патогномоничных клинических признаков и является гистологической находкой [2].

Список литературы:

1. **Афанасьев, Ю. И.** Гистология, цитология и эмбриология / Ю. И. Афанасьев; под ред. Ю. И. Афанасьева, Н. А. Юриной. – М.: Медицина, 2002. – 637–656 с.
2. **Ахтямов, С. Н.** Практическая дерматокосметология: практическое руководство / С. Н. Ахтямов, Ю. С. Бутов. – М., Медицина, 2009. – 400 с.
3. **Быков, В. Л.** Частная гистология человека / В. Л. Быков. – СПб.: Сотис, 2001. – 56–70 с.
4. Патоморфология болезней кожи / Г. М. Цветкова [и др.] – М.: Медицина, 2003. – 496 с.

УДК: 616.516-08 (470.51)

Р. Н. Загртдинова, А. Н. Ибрагимова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ КРАСНОГО ПЛОСКОГО ЛИШАЯ В УСЛОВИЯХ БУЗ УР «РКВД МЗ УР»

Загртдинова Ризилия Нуровна – ассистент кафедры; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77; тел. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; Ибрагимова Айгуль Наилевна – интерн

Проанализировано 37 медицинских карт пациентов, находящихся на стационарном лечении в БУЗ УР РКВД МЗ УР за период с 2013 по 2015 г. с диагнозом красный плоский лишай. Среди клинических форм преобладала типичная форма красного плоского лишая, реже встречались гипертрофическая, эрозивно-язвенная и фолликулярная формы. В статье приведено сравнение динамики клинических проявлений красного плоского лишая при применении различных схем лечения.

Ключевые слова: красный плоский лишай; клинические проявления; эффективность лечения; системные глюкокортикоиды; аминохинолины

R. N. Zagrtdinova, A. N. Ibragimova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF LICHEN PLANUS TREATMENT EFFECTIVENESS

Zagrtdinova Rizilya Nurovna – Lecturer; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; Ibragimova Aigul Nailevna – intern

Thirty seven patients' cards have been observed during hospital treatment in the Republic Dermatovenereologic Clinic for the period from 2013 to 2015 with the diagnosis of lichen planus. Among the clinical forms the typical form of lichen planus predominated; hypertrophic, erosive-ulcerative and follicular forms were rarely noticed. The article presents the comparison of the dynamics of clinical manifestations in applying different lichen planus treatment regimens.

Key words: lichen planus; clinical manifestations; treatment effectiveness; systemic corticosteroids; aminoquinolines

Красный плоский лишай (КПЛ) является одним из часто встречающихся рецидивирующих заболеваний кожи и слизистой полости рта. В последние годы значительно возросла обращаемость больных с КПЛ, стали регистрироваться редко встречающиеся и трудно диагностируемые его формы [4, 8, 18]. Установлено, что к особен-

ностям клинического течения КПЛ в настоящее время можно отнести частое появление первой манифестации заболевания у молодых людей, отсутствие излюбленной локализации высыпаний, нередкое поражение слизистых оболочек, а так же нарастающая торпидность патологического процесса к стандартным методам лечения [6].

В палитре острых и хронически протекающих дерматозов существенный удельный вес приходится на КПЛ, поражающий от 0,5 до 2% человеческой популяции [3, 12]. Данное заболевание встречается у всех рас, во всех возрастных группах, у обоих полов. У большинства пациентов КПЛ возникает в возрасте 30–60 лет [1, 5, 12, 14]. Также существуют сведения о развитии этого заболевания у детей, причем у мальчиков заболевание выявляется в 2 раза чаще, чем у девочек, а у взрослого населения, наоборот, – женщины более чем в два раза чаще страдают данным заболеванием, по сравнению с мужчинами [9, 18, 20, 21]. Среди болезней слизистой оболочки полости рта данный дерматоз занимает 32% [5]. Кроме локализации КПЛ на коже и слизистых оболочках полости рта, наружных половых органов, могут встречаться лихеноидные поражения пищевода, желудка, кишечника, мочевого пузыря, эндометрия, что позволяет говорить о многосистемности патологического процесса при КПЛ [8].

КПЛ характеризуется хроническим рецидивирующим течением, продолжительность которого варьирует от 5 до 40 лет. Несмотря на проведенную терапию, рецидивы заболевания могут возникать с частотой 1–5 раз в год. Наиболее торпидно протекает КПЛ у больных с веррукозной, гипертрофической и эрозивно-язвенной формами и в сочетании с сахарным диабетом, артериальной гипертензией и поражением слизистых оболочек (синдром Гриншпана – Потеева) [2, 7, 18]. На сегодняшний день известно, что все формы КПЛ слизистой оболочки полости рта могут трансформироваться одна в другую, а некоторые из них, например, эрозивно-язвенная и гиперкератотическая, являются факультативным предраком с вероятностью озлокачествления 6–7% [19]. Лечение КПЛ слизистой оболочки полости рта до сих пор остается сложной задачей [17]. Но в то же время результаты некоторых исследований свидетельствуют о том, что патоморфоз КПЛ характеризуется уменьшением частоты встречаемости тяжелых форм заболевания (буллезной, гипертрофической), редкой встречаемостью клинических фолликулярных форм дерматоза [13].

Принимая во внимание частую хронизацию процесса и множество тяжелых и атипичных форм, сложность его патогенеза, успешное лечение возможно лишь при комплексном и индивидуализированном лечении с использованием современных средств и методов [10, 11, 15, 16].

Цель исследования: провести сравнительную характеристику эффективности лечения красного плоского лишая.

Материалы и методы исследования. Проанализировано 37 медицинских карт пациентов, находящихся на стационарном лечении в БУЗ УР РКВД МЗ УР за период с 2013 по 2015 год с диагнозом красный плоский лишай. Из них 3 пациента были госпитализированы повторно (дважды). Общее число женщин – 24 (71%), мужчин – 10 (29%). Средний возраст женщин составил 54,8 года; мужчин – 44,5.

Результаты исследования и их обсуждение. У 29 (78%) пациентов высыпания локализовались исключительно на кожных покровах, у 4 (11%) – одновременно на кожных покровах и слизистых оболочках, у 3 (8%) – только на слизистой полости рта, у 1 (3%) пациента высыпания локализовались на волосистой части головы.

Среди клинических форм преобладала типичная форма КПЛ – 29 (78%) пациентов, реже встречались гипертрофическая – 5 (14%), эрозивно-язвенная – 2 (5%) и фолликулярная – 1 (3%).

Среди исследуемых было выделено 4 группы пациентов: первая группа – пациенты, у которых в лечении КПЛ использовались системные глюкокортикостероидные препараты, вторая – применялось сочетание системных глюкокортикостероидных препаратов и аминохинолинов, третья – использовались аминохинолины, четвертая – были применены другие группы препаратов, не включая системные глюкокортикостероиды и аминохинолины. В комбинации с вышеперечисленными препаратами в качестве патогенетической и симптоматической терапии использовались следующие группы лекарственных средств: антигистаминные, транквилизаторы, ангиопротекторы, дезинтоксикационные средства, ферменты и гепатопротекторы, витамины группы В. Для местного лечения использовались глюкокортикостероиды в виде мазей и кремов для местного применения, а также растворы глюкокортикостероидов, антисептиков при локализации КПЛ на слизистой полости рта.

Динамика клинических проявлений сравнивалась по следующим критериям: уменьшение интенсивности зуда, полный регресс зуда, уменьшение интенсивности окраски папул, уплощение высыпаний, начало и полная эпителизация эрозий при локализации КПЛ на слизистых оболочках.

Уменьшение интенсивности зуда в тех группах (первая и вторая), где использовались сис-

темные глюкокортикостероидные препараты, а также сочетание системных глюкокортикостероидных препаратов и аминокислот, наблюдалось на 6 день терапии, полный регресс зуда отмечался на 14 и 13 дни соответственно. В третьей и четвертой группах пациентов, схемы лечения которых не включали в себя системные глюкокортикостероиды, интенсивность зуда уменьшалась на 8 день, а полный регресс зуда наблюдался на 16–19 дни. Папулы приобретали более бледную окраску на 5 день при использовании системных глюкокортикостероидов, а в тех случаях, когда системные глюкокортикостероиды назначались в комбинации с аминокислотами – на 4 день. Когда в схемах лечения отсутствовали системные глюкокортикостероиды (третья и четвертая группы пациентов), папулы приобретали более бледную окраску на 6–7 дни терапии. В первой и второй группах при применении системных глюкокортикостероидных препаратов и комбинации системных глюкокортикостероидных препаратов с аминокислотами уплощение высыпаний наблюдалось на 5 день. В тех случаях, когда не использовались системные глюкокортикостероиды, уплощение высыпаний отмечалось несколько позже, на 8–9 день.

Вывод. Красный плоский лишай – тяжелое, хроническое, упорно протекающее заболевание, отличающееся множеством атипичных форм и трудностями их диагностики. В лечении данной нозологии требуется комплексный подход.

Нами выявлено, что эффективность лечения КПЛ была наиболее высокой при использовании схем лечения, включающих в себя системные глюкокортикостероидные препараты. Лечение в условиях БУЗ УР РКВД МЗ УР, назначаемое пациентам, страдающим КПЛ, отвечало современным требованиям и клиническим рекомендациям Российского общества дерматовенерологов и косметологов.

Список литературы:

1. Базыка, Д. А. Этиология, патогенез и терапия КПЛ / Д. А. Базыка, А. Д. Базыка // Вестник дерматологии и венерологии. – 1977. – № 11. – С. 58
2. Бутов, Ю. С. Лихены / Ю. С. Бутов, В. Ю. Васенова, Т. В. Анисимова // Клиническая дерматовенерология. – 2009. – Т. 2. – С. 184–205.
3. Гаджимурадов, М. Н. Атипичные формы красного плоского лишая: клинические проявления, дифференциальная диагностика, лечение / М. Н. Гаджимурадов, А. А. Гунаева // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 3. – С. 80–85.

4. Довжанский, С. И. Клиника, иммунопатогенез и терапия плоского лишая / С. И. Довжанский, Н. А. Слесаренко // Русский медицинский журнал. – 1998. – № 6. – С. 348–350.
5. Довжанский, С. И. Красный плоский лишай / С. И. Довжанский, Н. А. Слесаренко. – Саратов, 1990. – С. 176.
6. Клинико-иммунологические аспекты развития красного плоского лишая / В. Ю. Уджуху [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. – № 1. – С. 18–21.
7. Клинические особенности различных форм красного плоского лишая / В. А. Молочков [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2011. – № 1. – С. 30–36.
8. Ломоносов, К. М. Красный плоский лишай / К. М. Ломоносов // Лечащий врач. – 2003. – № 9. – С. 35–39.
9. Лыкова, С. Г. Доброкачественные и злокачественные новообразования внутренних органов как фактор, осложняющий течение дерматозов / С. Г. Лыкова, М. В. Ларионова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2003. – № 5. – С. 20–22.
10. Опыт терапии красного плоского лишая препаратом Глутоксим / И. М. Корсунская [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 1. – С. 44–46.
11. Рабинович, О. Ф. Иммунологические аспекты патогенеза красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта (клиника, диагностика, лечение): дисс. ... д-ра мед. наук / О. Ф. Рабинович. – М., 2001. – С. 190.
12. Ребора, А. Плоский лишай: руководство по лечению дерматологических болезней / А. Ребора; под ред. А. Д. Кацамбаса, Т. М. Лотти. – М.: Медпресс-информ, 2008. – С. 371–374.
13. Результаты изучения патоморфоза красного плоского лишая на основе определения его современных гистологических признаков / В. В. Барбинов [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – № 3. – С. 42–48.
14. Родионов, А. Н. Дерматовенерология: полное руководство для врачей / А. Н. Родионов. – СПб.: Наука и техника, 2012. – С. 231–248.
15. Файзуллин, Р. А. Применение диметилона и селективной фототерапии больных красным плоским лишаем с учетом иммунологических показателей крови: автореф. дис. ... канд. мед. наук / Р. А. Файзуллин. – М., 1992. – С. 21.
16. Хамаганова, И. В. Адвантан (метилпреднизолон ацепонат) в комплексном лечении красного плоского лишая / И. В. Хамаганова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. – № 3. – С. 53–54.
17. Шакирова, А. В. Эффективность применения гормональных препаратов на основе бетаметазона в комплексном лечении красного плоского лишая слизистой оболочки полости рта / А. В. Шакирова, Л. А. Шумихина // Труды Ижевской государственной медицинской академии. – Ижевск, 2014. – Т. 52. – С. 127–129.
18. Юсупова, Л. А. Красный плоский лишай: современные патогенетические аспекты и методы терапии / Л. А. Юсупова, Э. И. Ильясова // Практическая медицина. – 2013. – № 3. – С. 13–17.
19. Cendras, J. Erosive oral lichen planus / J. Cendras, J. M. Bonnetblanc // Ann Dermatol Venereol. – 2009. – № 136. – P. 458–468.
20. Julia, S. Lichen planus / S. Julia [et al.] // Int J Dermatol. – 2009. – 48 (7). – P. 682–694.
21. Laeijendecker, R. Oral lichen planus in childhood / R. Laeijendecker [et al.] // Pediatr Dermatol. – 2005. – 22 (4). – P. 229–304.

УДК: 616.5-003.871

Н. В. Ляшенко, Н. А. Колясева

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

KID-СИНДРОМ: ЭРИТРОДЕРМИЯ ВРОЖДЕННАЯ ИХТИОЗИФОРМНАЯ С ГЛУХОТОЙ И КЕРАТИТОМ

Ляшенко Наталья Владимировна — доцент кафедры кандидат медицинских наук; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77; тел. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; Колясева Нина Алексеевна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук

Синдром KID — редкая врожденная эктодермальная дисплазия, проявляющаяся нейросенсорной тугоухостью, светобоязнью и васкуляризацией роговицы, ладонно-подошвенной кератодермией, эритрокератодермией, фолликулярным кератозом, рецидивирующими бактериальными и грибковыми инфекциями.

Ключевые слова: KID-синдром; эктодермальная дисплазия; нейросенсорная тугоухость; эритрокератодермия

N. V. Lyashenko, N. A. Kolyaseva

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

KID SYNDROME: CONGENITAL ICHTHYOSIFORM ERYTHRODERMA WITH DEAFNESS AND KERATITIS)

Lyashenko Natalya Vladimirovna — Associate Professor Candidate of Medical Sciences; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; Kolyaseva Nina Alekseevna — Lecturer Candidate of Medical Sciences

KID syndrome is a rare inherited ectodermal dysplasia manifested through sensorineural hearing loss, photophobia, corneal vascularization, palmoplantar keratoderma, erythrokeratoderma, keratosis follicularis, and recurrences of bacterial and fungal infections.

Key words: KID syndrome; ectodermal dysplasia; sensorineural hearing loss; erythrokeratoderma

Текстура кожи детерминирована генетически. Многие кожные заболевания, сопровождающиеся нарушением ороговения, являются врожденными; ихтиоз — один из симптомов ряда редких наследственных заболеваний. В литературе имеются сообщения о сочетании ихтиоза с патологией других органов [1–3, 10].

КИД-синдром (кератит — ихтиоз — глухота; *keratitis, ichthyosis, deafness — KID*) — редкая форма эктодермальной дисплазии, обусловленной мутациями в гене *GIB2* (ген коннексина 26) с характерным поражением кожи, волос, органов зрения и слуха. Основными клиническими проявлениями являются сосудистый кератит, тяжелая сенсоневральная тугоухость и прогрессирующая кератодермия (номер в каталоге наследственных заболеваний *OMIM* 148210). Оба значения КИД впервые предложил *B. Skinner* с соавторами в 1981 г. для триады клинических признаков, которая указывала на нарушение в развитии и дифференцировке многослойного плоского эпителия. Согласно результатам исследований, молекулярной причиной КИД-синдрома являются определенные мутации в гене *GIB2*. Мутации в гене коннексина 26 ответственны по крайней мере за 5 кожных заболеваний, при которых отмечается нарушение слуха. Заболева-

ния эти совпадают по некоторым клиническим признакам, охватывая широкий спектр проявлений. Различия связаны лишь с тем, какие органы поражаются и какова тяжесть клинических симптомов [1, 8]. Исследования *G. Rihard* и соавторов доказали, что при КИД-синдроме с доминантным наследованием имеет место мутация гена, приводящая к замене аминокислоты в высококонсервативном первом внеклеточном домене анексинового белка. Замена гуанина на амин в 148-м положении последовательности ДНК приводит к изменению последовательности аминокислот, а именно к замене аспарагина на аспарагиновую кислоту в позиции 50. Предполагается, что данное изменение в консервативной области белка нарушает взаимодействие коннексонов соседних клеток и ограничивает транспорт ионов между клетками [5, 6, 7].

Клиническая картина заболевания выражена с момента рождения, спектр кожных проявлений широк и включает эритродермию, сухость кожи с образованием тонких чешуек. Фотофобия, кератит и прогрессирующая неоваскуляризация роговицы описаны в 79% случаев. У пациентов отмечены повышенная восприимчивость слизистых оболочек и кожи к инфекциям, а также сквамозно-клеточные карциномы [4, 9, 10]. В 23%

случаев возможно врожденное отсутствие волос, но как правило, волосы редкие, тонкие и тусклые. В единичных случаях при КИД-синдроме наблюдали лейконихию и узловатые пальцы. Последнее указывает на то, что клиника синдрома частично перекрывается проявлениями других заболеваний [6]. Известно, что в динамике наблюдения детей с КИД-синдромом отмечается сохранение характерного поражения кожи, наличие доречевой сенсоневральной тугоухости и поражения органов зрения вплоть до слепоты [1–3].

Данная патология наследуется по аутосомно-доминантному типу, но у большинства больных наблюдаются спорадические случаи заболевания – как у наблюдаемого нами пациента.

Больной Г., 1982 г.р., уроженец Селтинского района УР. В марте 2011 г. в РКВД обратилась мать больного. Больной глухонемой. Матерью предъявлялись жалобы на значительное утолщение кожи в области лица, шеи, ушных раковин, кистей и стоп, выраженную инъектированность склер, светобоязнь, снижение зрения. Изменения кожных покровов наблюдались с рождения. Со слов матери, кожа ребенка при рождении выглядела утолщенной, «как бы набухшей от длительного пребывания в воде». Из районного родильного дома ребенок в 1-й день жизни санавиацией был доставлен в отделение недоношенных в ГДБ № 4 г. Ижевска, откуда в возрасте 1 месяца был переведен в республиканскую детскую клиническую больницу. Кроме изменений кожного покрова у ребенка, со слов матери, часто поднималась температура тела до 39–40°C. Профессором Г.Э. Шинским был установлен диагноз «врожденный ихтиоз», по поводу которого был назначен преднизолон. Длительность приема и дозы препарата мать вспомнить не может. В возрасте 2 месяцев ребенок был выписан домой. В возрасте 3 месяцев педиатрами ЦРБ мальчику был назначен стрептомицин по поводу дизентерии. Через некоторое время мать обнаружила, что ребенок не слышит. В возрасте 14 лет у больного появились изменения роговицы, сначала одного, а затем обоих глаз. Со слов матери, ранее никакой патологии зрения у ее сына не наблюдалось и спровоцирована она была попаданием песка в глаза ребенка. Ребенок от 4-й беременности. Первая беременность закончилась мертворождением девочки на 7 месяце в/у развития. 2-я и 3-я беременности закончились самопроизвольным прерыванием в сроке 3–4 недель. 4-я беременность, перед которой мать 1,5 года принимала оральные контрацептивы, протекала с постоянной угрозой прерывания. Ребенок родился массой 2600 г. Всегда имел пониженную массу тела при нормальном росте. Часто болел простудными заболеваниями. С 4 лет ребенок обучался в школе-интернате для глухонемых, в 7-летнем возрасте был отправлен домой из-за плохой обучаемости. При осмотре больной резко пониженного питания. Кожные покровы сухие.

Вся поверхность кожи туловища и конечностей с явлениями фолликулярного кератоза. Кожа лица, шеи, ушных раковин гиперемирована, значительно утолщена, инфильтрирована. На коже лба – массивные наложения желто-коричневых корок. Рост бровей и ресниц отсутствует. Склеры инъектированы. Проявления кератодермии на кистях и стопах – по типу носков и перчаток, имеют достаточно четкую границу. Ногтевые пластинки на руках белесоватые с продольной исчерченностью, на ногах – проявления онихомикоза. На коже разгибательных поверхностей коленных и локтевых суставов, ягодиц кожа значительно утолщена, гиперемирована.

Нами был установлен диагноз ихтиозиформной эритродермии с глухотой и кератитом.

У наблюдаемого нами пациента поражены практически все структуры – выражены ладонно-подошвенная кератодермия, фолликулярный кератоз, нейросенсорная тугоухость и кератопатия.

Современные молекулярно-генетические исследования могут позволить дифференцировать отдельные формы заболевания кожи, глаз, сенсоневральной тугоухости, однако вопросы их лечения и профилактики остаются нерешенными. Продолжение молекулярно-генетических исследований в совокупности с клиническими наблюдениями в дальнейшем должно открыть новые возможности для диагностики, терапии и профилактики этих заболеваний. Дородовой диагностики пока не существует. На современном уровне проводят генетическое консультирование с определением возможного риска заболевания. Изучается эффективность применения изотретиноина, доказаны побочные эффекты высоких доз этого препарата, рекомендуется лечение инфекций на фоне этого заболевания, совершенствование терапии расстройств слуха.

Список литературы:

1. Диагностика синдрома кератита-ихтиоза-глухоты (КИД-синдром) / Т.Г. Маркова [и др.] // Вестник отоларингологии. – 2012. – № 3. – С. 58–61.
2. Ляшенко, Н.В. Кератит-ихтиоз-глухота, клинический случай / Н.В. Ляшенко, Н.А. Колясева // Казанский медицинский журнал. – 2015. – № 1. – С. 26–28.
3. Руководство по медицине. Диагностика и терапия: в 2-х т. / под ред. Р. Беркоу, Э. Флетчер. а – М.: Мир. – Т. 2. Нарушение кератинизации. – С. 624–625.
4. Alvares, A.S. De novo mutation in the gene encoding connexin-26 (GIB2) in a sporadic case of keratitis-ichthyosis-deafness (KID) syndrome / A.S. Alvares, M. Pera, M.A. Villamar // Am. J. Med. Genet A. – 2003. – 117. – P. 89–91.
5. Cochleosaccular dysplasia associated with a connexin 26 mutation in keratitis-ichthyosis-deafness syndrome / A.J. Griffith [et. al.] // Laryngoscope. – 2006. – 116. – 1404–1408.
6. Kerathypsis, and deafness (KID syndrome), prevue of the literature and proposed of a new terminology / H. Caceres-Rios [et al.] // Pediatr. Dermatol. – 1996. – 13, 2. – P. 105–113.

7. Keratitis, ichthyosis and deafness (KID syndrome) in half sibs / I. Kone-Poul [et al.] // *Pediat. Dermatol.* – 1998. – № 15, 3. – P. 219–221.

8. Malignant proliferation pilar tumors arising in KID syndrome: a report of two patients / G.G. Nyquist [et al.] // *Am. J. Med. Genet.* – 2007. – 143. – P. 734–741.

9. Messene mutations in GIB2 encoding connexin-26 the ectodermal deslasia keratitis-ichthyosis-deafness syndrome / G. Richard [et al.] // *Am. J. Hum. Ge-net.* – 2002. – 70. – P. 1341–1348.

10. Mutation of GIB2 in a Chinese patient with keratitis-ichthyosis-deafness syndrome and brain malformation / X. B. Zhang [et al.] // *Clin. Exp. Dermatol.* – 2009. – 34. – P. 309–313.

УДК 616.594.1-002.182-092

М. В. Бабушкина¹, Р. М. Загртдинова¹, Г. С. Иванова²

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра дерматовенерологии

²Кафедра патологической анатомии

КЛИНИЧЕСКИЕ, ДЕРМАТОСКОПИЧЕСКИЕ И ПАТОМОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ САРКОИДОЗА КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ

Бабушкина Мария Викторовна — ассистент кафедры кандидат медицинских наук; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, 77; тел. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; Загртдинова Ризид Миннесагитовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Иванова Галина Семеновна — доцент кафедры кандидат медицинских наук

Приведены результаты клинического наблюдения 4 больных саркоидозом с поражением кожи волосистой части головы. Описаны дерматоскопические особенности и патогистологические признаки заболевания, играющие большую роль в постановке окончательного диагноза.

Ключевые слова: саркоидоз; кожа волосистой части головы; дерматоскопия; гистология

M. V. Babushkina¹, R. M. Zagrtidinova², G. S. Ivanova³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Dermatovenereology

²Department of Pathologic Anatomy

CLINICAL, DERMATOSCOPIC AND PATHOMORPHOLOGICAL FEATURES OF SCALP SARCOIDOSIS

Babushkina Maria Viktorovna — Lecturer Candidate of Medical Sciences; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; Zagrtidinova Rizida Minnesagitovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Ivanova Galina Semenovna — Associate Professor Candidate of Medical Sciences

The article presents the results of clinical observation of 4 patients with scalp sarcoidosis. Dermatoscopic and histopathological features of the disease are described. These signs allow establishing the final diagnosis.

Key words: sarcoidosis; scalp; dermatoscopy; histology

Саркоидоз (болезнь Бенъе-Бека-Шаумана) — мультисистемное заболевание, характеризующееся образованием эпителиоидно-клеточных гранул без признаков некроза в различных органах и тканях [1–4, 7, 9–11]. Число людей страдающих этим заболеванием, во всем мире постоянно увеличивается. В России показатель распространенности саркоидоза составляет 20 на 100 тыс. населения [1]. Женщины болеют несколько чаще (в 53–66% случаев). Пик заболеваемости приходится на возраст от 30 до 39 лет у мужчин и 40–49 лет у женщин [2].

По современным представлениям саркоидоз является болезнью нарушенной иммунореактивности с особой реакцией организма на воздействие различных факторов окружающей среды [1, 4, 9]. Доказана генетическая предрасположенность к развитию заболевания. Носительство определенных аллелей главного комплекса гистосовместимости определяет вариант дебюта,

характер внелегочных поражений и склонность к прогрессированию [2]. Важна роль экологических и профессиональных факторов [1]. Большое значение придают инфекционным агентам, однако на данный момент единственными микроорганизмами, выделенными из саркоидной гранулемы методом гибридизации *in situ*, являются пропionenобактерии [10]. Вирусологи европейских стран и России ищут связь саркоидоза с аденовирусами, вирусами коревой краснухи, Коксаки, простого герпеса 8 типа [1, 2]. Обсуждается роль в патогенезе заболевания микобактерий и грибов, контакта с бериллием, алюминием и цирконием [9].

Чаще всего патологический процесс при саркоидозе захватывает легкие (до 90%), лимфатические узлы (до 80%), кожу (20–35%), глаза (13–27%), селезенку (12–25%), реже поражаются кости (3–15%), нервная система (4–9%), сердце (5–7%), почки (1%) и др. [2–5]. Поражение

кожи может быть изолированным, но чаще саркоидоз протекает с одновременным поражением других органов и систем [6, 7]. В связи с этим, оценка кожных высыпаний нередко приобретает решающее значение в диагностике заболевания и оценке его прогноза. Зачастую поражение кожи у пациентов с ранее обнаруженным саркоидозом свидетельствует в пользу прогрессирования заболевания и, как правило, связанного с ним значительного ухудшения прогноза [4, 6].

Выделяют несколько клинических разновидностей кожного саркоидоза: мелкоузелковый, крупноузелковый, узловатый, диффузно-инфильтративный. В основном поражается кожа лица, шеи, верхних конечностей, реже – волосистой части головы, где патологический процесс может закончиться формированием очагов вторичной рубцовой алопеции [3, 6]. Необратимая потеря волос описана при крупноузелковой и узловатой разновидностях саркоидоза кожи [5, 8, 11].

Цель исследования: оценка клинических, дерматоскопических и гистологических особенностей саркоидоза с поражением кожи волосистой части головы.

Материалы и методы исследования. Под наблюдением находилось 4 больных, страдающих саркоидозом с поражением кожи волосистой части головы (3 женщины 32, 42 и 48 лет и 1 мужчина 46 лет). У более молодой пациентки высыпания появились 9 месяцев назад на лице, преимущественно в области лба и щек, позже на коже волосистой части головы. Вторая больная заболела 1,5 года назад, когда впервые заметила элементы на коже верхних конечностей, лица и скальпе. У третьей женщины патологический процесс в течение 2 лет развивался на коже конечностей, затем спины, лба и волосистой части головы. У мужчины очаги поражения одновременно появились на коже лба и волосистой части головы, давность заболевания составляла около 1 года.

В анамнезе у больной 48 лет уже имелся саркоидоз легких, по поводу которого она получала по 4 мг метилпреднизолона в сутки. У мужчины в ходе обследования был диагностирован саркоидоз внутригрудных лимфоузлов, у женщины 42 лет – саркоидоз легких, оба пациента ранее получали противовоспалительное лечение без эффекта. У самой молодой пациентки поражения других органов выявлено не было, ранее терапия не назначалась.

Всем больным был выполнен осмотр кожи в области очагов поражения с использованием цифровой видеокамеры *Aramo SG (Aram*

Human Vision System, Корея). Для визуализации и обработки цифровых данных использовалась компьютерная программа *Trichoscience V.1.4.Rus*. Так же всем пациентам была выполнена диагностическая биопсия кожи волосистой части головы. Биопсия проводилась после местной инфильтрационной анестезии 1 % раствором лидокаина с помощью тонкой иглы. Проводку и заливку материала в парафин выполняли по общепринятой методике. Срезы окрашивали гематоксилином и эозином (Д.С. Саркисов, Ю.Л. Перов, 1996). Просмотр микропрепаратов осуществлялся на системе видеоморфометрии *LeikaDM2500*.

Результаты исследования и их обсуждение.

При осмотре на коже волосистой части головы, преимущественно в лобной и теменной областях, у всех пациентов отмечались очаги поражения в виде бугорков розово-красного цвета, плотно-эластической консистенции, с гладкой поверхностью, четкими границами, диаметром от 3–5 до 12 мм и более крупные очаги до 2 см в диаметре. В центральной части некоторых элементов имелись западение и желтоватая окраска. При диаскопии симптом «пылинок» был диагностирован только у 2 человек. Субъективно одну больную беспокоил периодический легкий зуд в области высыпаний.

Дерматоскопическая картина участков поражения на коже волосистой части головы характеризовалась наличием отграниченных друг от друга оранжевых и желто-оранжевых полупрозрачных округлых пятен различного размера, расположенных между волосными фолликулами. У 2 пациенток с более длительным анамнезом заболевания, наряду с пятнами, имелись более крупные очаги желто-оранжевого цвета неправильной и полициклической формы и древовидно ветвящиеся сосуды, уменьшение плотности и диаметра волос в пределах очагов поражения. У одной женщины были выявлены два мелких очажка с отсутствием устьев волосных фолликулов.

У всех больных диагноз был подтвержден гистологическим методом. Патоморфологическая картина в участках поражения характеризовалась наличием в дерме четко отграниченных, т.н. штампованных гранул, без признаков некроза, отделенных друг от друга соединительнотканью волокнами. Клеточный состав гранул был представлен эпителиоидными, гигантскими многоядерными клетками, единичными лимфоцитами. В эпидермисе особых изменений не отмечалось.

Вывод. Саркоидоз кожи, в т.ч. волосистой части головы, может быть одним из первых проявлений болезни, диагностика которого позволяет обосновать проведение тщательного обследования других органов и систем. У всех наблюдаемых больных поражение скальпа сочеталось с наличием высыпаний на коже лба. Разрешение элементов сопровождалось появлением в центре очагов западения, телеангиэктазий, уменьшением плотности и диаметра волос, что может являться началом формирования очагов рубцовой алопеции. Дерматоскопия позволяет выявить желто-оранжевые пятна, которые не всегда обнаруживаются при диаскопии очагов на скальпе. Гистологической основой данного феномена являются эпителиоидно-клеточные гранулемы с примесью гигантских многоядерных клеток, расположенные в дерме.

Список литературы:

1. **Бабанов, С.А.** Саркоидоз / С.А. Бабанов // Русский медицинский журнал. Болезни дыхательных путей. – 2013. – № 29. – С. 1500–1504.
2. **Васильев, В.И.** Саркоидоз в практике ревматолога / В.И. Васильев, С.Х. Седышев // Русский медицинский журнал. Ревматология. – 2009. – № 3 (342). – С. 156–159.
3. **Визель, И.Ю.** Поражение кожи при саркоидозе / И.Ю. Визель, А.А. Визель // Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. – 2012. – № 4. – С. 28–30.
4. **Кирдаков, Д.Ф.** Саркоидоз кожи: клинические варианты и прогностическое значение / Д.Ф. Кирдаков, В.В. Фомин, Н.Н. Потекаев // Фарматека. – 2011. – № 18. – С. 28–33.
5. **Корнишева, В.Г.** Патология волос и кожи волосистой части головы / В.Г. Корнишева, Г.А. Ежков. – СПб.: ООО «Издательство Фолиант», 2012. – 200 С.
6. **Снарская, Е.С.** Клинико-морфологические особенности саркоидоза кожи / Е.С. Снарская, Н.С. Сурикова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 5. – С. 16–21.
7. **Чистякова, И.А.** Генерализованный саркоидоз кожи у больной с тяжелой внутренней патологией / И.А. Чистякова, А.А. Гречаная // Трудный пациент. – 2009. – № 11. – С. 61–62.
8. Atlas of Trichoscopy: Dermoscopy in Hair and Scalp Disease / L. Rudnicka, M. Olszewska, A. Rakowska. – London: Springer – Verlag, 2012. – P. 480.
9. **Mandel, J.** Clinical insights and basic correlates in sarcoidosis / J. Mandel, S.E. Weinberger // The American Journal of Medical Sciences. – 2001. – Vol. 321. – P. 99–107.
10. Quantitative PCR of mycobacterial and propionobacterial DNA in lymph nodes with Japanese patients with sarcoidosis / I. Ishige [et al.] // Lancet. – 1999. – Vol. 354. – P. 120–123.
11. Trichoscopy as a clue to the diagnosis of scalp sarcoidosis / F. Torres [et al.] // International Journal of Dermatology. – 2011. – Vol. 50 (3). – P. 358–361.

УДК: 616.8-002.6-07

Р. М. Загртдинова¹, М. А. Дош², А. Р. Проненко¹

¹ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

²БУЗ УР «Республиканский кожно-венерологический диспансер МЗ УР», г. Ижевск

ВЫЯВЛЕНИЕ НЕЙРОСИФИЛИСА В ПРОЦЕССЕ СКРИНИНГА БОЛЬНЫХ СКРЫТЫМ СИФИЛИСОМ

Загртдинова Ризид Миннесагитовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426000, г. Ижевск, ул. Ленина, д. 77, 8 (3413) 66-34-33, kafedra.derma@yandex.ru; **Дош Мария Александровна** — врач-дерматовенеролог; **Проненко Алия Рамиловна** — интерн

Определены основные причины и условия распространения скрытых форм сифилиса у обследованных нами больных. Изучены особенности течения скрытого сифилиса и выявлены основные осложнения скрытого сифилиса.

Ключевые слова: скрытый сифилис; нейросифилис

R. M. Zagrtdinova¹, M. A. Dosh², A. R. Pronenko¹

¹Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

²Republic Dermatovenereologic Clinic, Izhevsk

REVEALING NEUROSYPHILIS DURING THE SCREENING OF PATIENTS WITH LATENT SYPHILIS

Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426000, Izhevsk, 77 Lenina st., tel. 8 (3412) 66-34-33, e-mail: kafedra.derma@yandex.ru; **Dosh Maria Aleksandrovna** — Dermatovenereologist; **Pronenko Aliya Ramilovna** — intern

The main causes and conditions of the spread of latent syphilis have been determined. The peculiarities of the course of latent syphilis have been investigated and basic complications of latent syphilis were found out.

Key words: latent syphilis; neurosyphilis

Сифилис — системное инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*, subspecies *pallidum*), характеризующееся волнообразным прогрессирующим

течением и разнообразными клиническими проявлениями с чередованием манифестных и скрытых периодов. Тяжелые последствия сифилиса и его влияние на соматическое и репродуктивное

здоровье больных, возможность вертикальной передачи инфекции от матери плоду послужили основанием для включения этого заболевания в группу социально значимых заболеваний [4].

По данным К. И. Разнатовского [2], в г. Санкт-Петербурге несмотря на статистическое снижение уровня заболеваемости сифилисом с 1093 в 2001 г. до 492 в 2004 г. течение этой инфекции в настоящее время носит угрожающий характер, что определяет неблагоприятный прогноз на ближайшие годы. Увеличивается количество скрытых (43,2%), поздних (2,63%) и серорезистентных форм (6%), нейросифилиса (5,5%), беременных женщин (5,5%) и детей (18%), больных сифилисом. В 4 раза увеличилось количество случаев нейросифилиса, продолжает регистрироваться третичный сифилис.

Причина резкого подъема заболеваемости сифилисом в последние годы до конца не изучена. Считается доказанной роль неблагоприятных социально-экономических, демографических факторов, а также ослабление противоэпидемических мероприятий [3].

Особенностями течения сифилиса в настоящее время является уменьшение реакции лимфатической системы на внедрение в организм бледной трепонемы, увеличение атипичных и осложненных форм твердого шанкра, увеличение числа больных с изолированными проявлениями сифилитической инфекции [1].

Цель исследования: анализ причин и условий распространения и осложнений скрытого сифилиса.

Материал и методы исследования. Был проведен ретроспективный анализ медицинских карт больных венерическим заболеванием в БУЗ УР РКВД МЗ УР за период 2011–2016 гг.

Результаты исследования и их обсуждение. Под наблюдением находились 50 пациентов: ранний скрытый сифилис был у 45 человек, поздний скрытый сифилис – у 5 человек. Мужчин было 32 (64%), женщин – 18 (36%), в возрасте от 18 до 61 года. Преобладали пациенты молодого и среднего возраста. Среди обследованных – 27 человек (54%) состояло в браке.

Ленинский и Первомайский районы города Ижевска лидировали по количеству больных скрытым сифилисом – 24 человека (48%).

Среди обследованных 18 человек (36%) были представителями малого бизнеса, 13 человек (26%) работали в сфере промышленности, 19 человек (38%) составили категорию неработающих. Из анамнеза обследованных было известно, что

среди сопутствующих заболеваний преобладали следующие болезни: острая респираторная инфекция (16 случаев), заболевания глаз, болезни сердечно-сосудистой системы (11 случаев).

Прием антибактериальных препаратов по поводу сопутствующих заболеваний среди обследованных больных отмечался в 32% случаев. Среди обследованных нами больных лечение препаратами пенициллина получали 38 человек (76%), препаратами цефтриаксона – 12 человек (24%).

Всем обследованным больным после осмотра невролога была рекомендована люмбальная пункция. Среди обследованных пациентов было пропунктировано 44 человека, так как 6 человек отказались от данной манипуляции. Из 44 пропунктированных больных по результатам люмбальной пункции нейросифилис выявлен у 32 человек (73%).

На данный момент среди обследованных больных в связи с серонегативацией снято с учета 8 человек, по неявке снято 13 человек. Наибольшее количество обследованных нами пациентов – 29 человек (58%) – еще продолжают наблюдаться вследствие замедленной серонегативации.

Средняя продолжительность наблюдения составила 4,5 года.

Вывод. В настоящее время в городе Ижевске эпидемиологическая ситуация характеризуется увеличением регистрации числа случаев нейросифилиса. Среди наблюдаемых больных скрытый сифилис чаще наблюдался у лиц мужского пола в возрасте от 18 до 49 лет. Наибольшее количество обследованных нами больных проживали в Ленинском и Первомайском районах города Ижевска. Переход активных форм бледной трепонемы в цисты и L-формы, объясняющие скрытое, длительное, вялое течение, устойчивость к лекарственным препаратам, можно связать с применением антибактериальных препаратов для лечения сопутствующих заболеваний. Самым грозным осложнением скрытого сифилиса явился нейросифилис (в 73% случаев из числа пропунктированных больных).

Список литературы:

1. Баткаева, Н.В. Эпидемиологические особенности сифилитической инфекции в настоящее время / Н.В. Баткаева // Практическая медицина. – 2009. – № 5. – С. 84.
2. Разнатовский, К.И. Эпидемиология нейросифилиса в Санкт-Петербурге / К.И. Разнатовский // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 8 (1). – С. 184.
3. Терехова, Ю.Б. Молекулярные маркеры сифилитической инфекции: диссертация / Ю.Б. Терехова. – 2008. – С. 1.
4. Фриго, Н.И. Индикаторы оценки качества работы специализированных медицинских организаций дерматовенерологического профиля по выявлению сифилиса / Н.И. Фриго // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. – № 6. – С. 27.

УДК 612.66.616-071.3.616.01/-099

Н. Ю. Кононова¹, Т. Е. Чернышова², Р. М. Загртдинова³

¹ООО «Доктор плюс», г. Ижевск

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

²Кафедра врача общей практики и внутренних болезней с курсом скорой медицинской помощи ФПК и ПП

³Кафедра дерматовенерологии

БИОЛОГИЧЕСКИЙ ВОЗРАСТ КАК ПОКАЗАТЕЛЬ ПРЕЖДЕВРЕМЕННОГО СТАРЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК С НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Кононова Наталья Юрьевна — врач-дерматовенеролог кандидат медицинских наук; 420009, г. Ижевск, ул. Курортная, д. 2, тел. +7 (905) 877 78 24, e-mail: conon.nata@yandex.ru; Чернышова Татьяна Евгеньевна — профессор кафедры доктор медицинских наук; Загртдинова Ризид Миннесагитовна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор

В статье приведена оценка биологического возраста и темпа старения у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани. Показано развитие преждевременного старения у лиц, имеющих 6 и более фенотипических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

Ключевые слова: биологический возраст; преждевременное старение; недифференцированная дисплазия соединительной ткани

N.Yu. Kononova¹, T. Ye. Chernyshova², R. M. Zagrtdinova²

¹Limited liability company «Doctor Plus», Izhevsk

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

²Department of General Practice and Internal Diseases with a Course of Emergency Medical Care

³Department of Dermatovenereology

BIOLOGICAL AGE AS AN INDICATOR OF PREMATURE AGING IN FEMALE PATIENTS WITH UNDIFFERENTIATED CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Kononova Natalia Yurievna — Dermatovenereologist Candidate of Medical Sciences; 420009, Izhevsk, 2 Kurortnaya st.; tel. +7 (905) 877-78-24, e-mail: conon.nata@yandex.ru; Chernyshova Tatiana Yevgenievna — Professor of the Department Doctor of Medical Sciences; Zagrtdinova Rizida Minnesagitovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor

The article presents the assessment of biological age and the rate of aging of female patients with undifferentiated connective tissue dysplasia. The article also discusses the progression of premature aging in women with 6 or more phenes of undifferentiated connective tissue dysplasia.

Key words: biological age; premature aging; undifferentiated connective tissue dysplasia

Известно, что возраст — это фундаментальная категория, обозначающая временные рамки развития организма [2, 10, 12]. Существуют различные виды возраста, такие как: хронологический или календарный, который дает представление о том, сколько лет прожил индивид с момента рождения; биологический, отражающий неравномерность развития, зрелости и старения различных физиологических систем и темп возрастных изменений адаптационных возможностей организма [7, 11]. Морфофункциональные изменения органов и систем, наступающие с возрастом, характеризуются большими индивидуальными различиями. Эти различия в темпе возрастных изменений приводят к тому, что организм равного хронологического (календарного) возраста (КВ) может быть «старше» или, наоборот, «младше» другого [7, 11]. На биологический возраст (БВ) огромное влияние имеет внешняя среда, а также психологические, физиологические и прочие параметры, отражающие состояние здоровья, работоспособность, адаптационные возможности

человека [1, 2, 3]. Давно доказано увеличение БВ при наличии хронических заболеваний (сахарного диабета, артериальной гипертензии, ИБС, язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки и др.) [7, 6, 12, 13], однако для такого состояния как недифференцированная дисплазия соединительной ткани (НДСТ), когда в патологический процесс вовлекаются множество систем организма, до сих пор уделялось недостаточно внимания в плане оценки БВ. Эта патология относится к полиорганным и полисистемным заболеваниям с прогредиентным течением, в основе которой лежат дефекты синтеза или катаболизма компонентов внеклеточного матрикса или регуляторов морфогенеза соединительной ткани [8]. Данные о биологическом возрасте необходимы для правильной и своевременной оценки функционирования органов и систем организма, претерпевающего возрастные изменения, а также для рационального построения терапии. Доказано, что процессы преждевременного старения могут быть генетически обусловленными и при

НДСТ проявляться уже в достаточно молодом возрасте [3, 11]. Таким образом, оценка степени старения организма при НДСТ становится весьма интересной и приобретает прогностическую ценность в условиях социальной среды, где главную роль имеет внешняя привлекательность, особенно для лиц женского пола.

Цель исследования: оценить биологический возраст и темп старения у пациенток с недифференцированной дисплазией соединительной ткани.

Материал и методы исследования. В ходе исследования определен биологический возраст по методике В.П. Войтенко, А.В. Токарь, Д.Ф. Чеботарев (1984) [7] у 49 женщин, имеющих 6 и более фенов дисплазии соединительной ткани [4, 6, 5], и у контрольной группы женщин ($n=22$), находящихся на санаторно-курортном лечении, не имеющих различий по календарному возрасту. У всех пациенток получено добровольное письменное согласие на участие в исследовании. Внешние фенотипические признаки НДСТ оценивались в процессе общего осмотра, антропометрии, УЗИ сердца, органов брюшной полости, проводимых на аппарате «Н1 ТАСШ-450» по общепринятой методике, далее вычисляли величину БВ, должный БВ, чтобы выяснить о степени постарения, для этого сопоставляли индивидуальную величину БВ с должным БВ, который характеризует популяционный стандарт темпа старения. На основе коэффициента скорости старения ($KCC = \text{БВ}/\text{должный БВ}$), определяли, во сколько раз БВ обследуемого больше или меньше, чем должный БВ его сверстников. Если степень постарения обследуемой меньше, чем средняя степень постарения женщин равной с ним КВ, то БВ – должный БВ < 0 , а БВ/должный БВ < 1 . Если степень постарения обследуемой больше, чем степень постарения женщин равной с ним КВ, то БВ – должный БВ > 0 , а БВ/должный БВ > 1 . Если степень постарения обследуемой такая, как средняя степень постарения женщин равной с ним КВ, то БВ – должный БВ = 0, БВ/должный БВ = 1. Статистическая обработка данных проведена с помощью пакета программ «Statistica 6,0» («StarSoft», версия 6, США) с использованием критерия Шапиро-Уилка. Распределение показателей соответствовало нормальному, поэтому данные представлены в виде средних величин, доверительных интервалов и сравнением средних значений с использованием t -критерия Стьюдента. Различия считались статистически

значимыми при уровне $p < 0,05$. Наличие корреляционной связи между двумя количественными признаками определялось по коэффициенту ранговой корреляции Спирмена. При использовании коэффициента корреляции применялись следующие критерии: $|r| < 0,20$ – очень слабая корреляция; $0,2 < |r| < 0,5$ – слабая корреляция; $0,5 < |r| < 0,7$ средняя (умеренная) корреляция; $0,7 < |r| < 0,9$ – сильная корреляция; $0,9 < |r| < 1,0$ – очень сильная корреляция. Различия и связи между показателями считались статистически значимыми, если уровень значимости p для соответствующего статистического критерия не превышал 0,05 [9].

Результаты исследования и их обсуждение. При определении БВ, должного БВ и КСС были получены следующие результаты, которые представлены в таблице. Контрольная и основная группы по КВ практически не различались, не было и достоверных различий между КВ и БВ у пациенток в контрольной группе. Однако мы наблюдаем большой разрыв (около 8 лет) между КВ и БВ у пациенток основной группы, а также между показателями БВ (около 9 лет) в обеих группах ($p < 0,05$). Ускоренный темп старения пациенток основной группы подтверждает и положительная разница между БВ и должным БВ, а также $KCC > 1$ ($p < 0,05$).

Известно, что старение – это закономерный биологический процесс, определяемый индивидуальной генетически обусловленной программой развития организма. И скорость старения определяет состояние соединительной ткани [1, 10], поэтому представляется возможным предположить, что дополнительным патогенетическим фактором развития преждевременного старения у данных пациентов является наличие фенов НДСТ. При проведении корреляционного анализа установлено наличие сильных положительных связей между количеством «кардиологических» фенов НДСТ и КСС ($r = +0,72$, $p < 0,05$), БВ ($r = +0,85$, $p < 0,05$), средняя (умеренная) корреляция между «кожными» проявлениями НДСТ и БВ ($r = +0,65$, $p < 0,05$). Однако, надо учитывать, что при НДСТ дефекты соединительной ткани многообразны и в своих проявлениях имеют много «масок». Системный подход к дальнейшему изучению внешних предикторов НДСТ представляется важным, т.к. нацеливает на поиск иных клинических проявлений данной патологии и вооружает новыми возможностями ее патогенетического лечения.

Данные биологического, календарного возрастов и коэффициента скорости старения у пациентов основной и контрольной групп

Группа	КВ, годы	БВ, годы	дБВ, годы	КСС
Основная (n=49)	38,1±2,3	46,1±1,9	39,4±1,2	1,17±0,2
Контрольная (n=22)	36,7±1,8*	37,1±1,0*	38,6±0,8	0,96±0,05*

Примечание: * $p < 0,05$ – при сравнении основной и контрольной групп.

Вывод. В результате исследования особенностей процесса старения у пациенток с НДСТ выявили, что у них происходит ускорение течения механизмов старения, БВ в основной группе превышает календарный на 8 лет, разница между пациентками основной и контрольной группы по БВ составляет 9 лет, КСС основной группы больше 1.

Список литературы:

1. Богомолец, А. А. Избранные труды: в 3 т. / А. А. Богомолец. – Киев, 1956–1958.
2. Василенко, Н. Ю. Социальная геронтология / Н. Ю. Василенко. – Владивосток: Изд-во Дальневосточного университета, 2003. – 38 с.
3. Деев, А. И. Особенности старения кожи человека / А. И. Деев // Косметика и медицина. – 2007. – № 4. – С. 26–36.

УДК 616-018.2:614.25:616.5

Н. Ю. Бычкова

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия МЗ РФ», Удмуртская Республика
Кафедра дерматовенерологии

ПАТОЛОГИЯ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА

Бычкова Наталья Юрьевна — главный внештатный специалист-эксперт МЗ УР по косметологии кандидат медицинских наук; 426011, г. Ижевск, ул. Холмогорова, 96-13; тел. 8-912-850-99-50 e-mail: udmsam@mail.ru,

Дисплазия соединительной ткани — генетически обусловленная аномалия структуры и функции соединительной ткани, связанная с нарушением ее развития в эмбриональном и/или постнатальном периоде. В популяции показатель распространенности этой патологии составляет от 26 до 80%. Учитывая большую распространенность, вариантность проявлений, в том числе и кожных, можно предположить, что пациенты с дисплазией соединительной ткани встречаются в практической деятельности врача-косметолога. Наше исследование посвящено вопросам развития инволюционных изменений при неполноценности структуры и функции соединительной ткани.

Ключевые слова: дисплазия соединительной ткани; косметология; клинические признаки

N.Yu. Bychkova

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic
Department of Dermatovenereology

CONNECTIVE TISSUE PATHOLOGY IN THE PRACTICE OF A COSMETOLOGIST

Bychkova Natalia Yurievna — Out-of-staff Expert-Leading Authority on Cosmetology of the Ministry of Public Health of the Udmurt Republic Candidate of Medical Sciences; 420011, Izhevsk, 96 Kholmogorova st., flat 13, tel. 8 (912) 850-99-50, e-mail: udmsam@mail.ru

Connective tissue dysplasia is a genetically caused abnormality of structure and function of connective tissue, which is due to impairment of its development in the embryonic and/or postnatal period. In the population the incidence of this pathology ranges from 26 to 80%. Considering the high prevalence and a variety of manifestations, including cutaneous, it can be assumed that these patients are encountered in the practice of a cosmetologist. Our study is devoted to the development of involutional changes in case of impaired structure and function of connective tissue.

Key words: connective tissue dysplasia; cosmetology; clinical signs

Развитие организма — сложно скоординированное сочетание процессов деления, дифференцировки и миграции клеток, их взаимодействия. Генетически детерминированные и эпигене-

4. Дисплазии соединительной ткани в практике врача дерматолога и косметолога: учебно-методическое пособие для системы послевузовского профессионального образования врачей / Б. И. Ляховецкий [и др.]. — Екатеринбург: Изд-во УГМА, 2012. — С. 48.

5. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г. И. Нечаева [и др.] // Лечащий врач. — 2008. — № 7. — С. 76–80.

6. Кадурина, Т. И. Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т. И. Кадурина, В. Н. Горбунова — СПб.: «ЭЛБИ», 2009. — 714 с.

7. Методика определения биологического возраста человека / В. П. Войтенко [и др.] // Биологический возраст, наследственность и старение. Ежегодник «Геронтология и гериатрия». — Киев, 1984. — С. 133–137.

8. Национальные рекомендации российского научного медицинского общества терапевтов по диагностике, лечению и реабилитации пациентов с дисплазиями соединительной ткани // Медицинский Вестник Северного Кавказа. — 2016. — № 1. — С. 2–76.

9. Реброва, О. Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA / О. Ю. Реброва. — М.: Медиа Сфера, 2002. — 312 с.

10. Смирнова, И. О. Функциональная морфология старения кожи / И. О. Смирнова // Успехи геронтологии. — 2004. — № 13. — С. 44–51.

11. Чеботарев, Д. Ф. Биологический (функциональный) возраст человека / Д. Ф. Чеботарев, А. Я. Минц // Руководство по геронтологии. — М.: Медицина, 1978. — 363–372 с.

12. Goldsmith, T. C. The Evolution of Aging: How new theories will change the future of medicine / T. C. Goldsmith // Azinet Press. — 3rd ed. — 2009. — P. 9–12.

13. Verardi, S. Oxidative stress and skin aging / S. Verardi // Research abstracts. Moscow — 2004. — P. 148–149.

тические причины могут нарушать процессы развития на молекулярно-клеточном, тканевом, органном и системном уровнях на всех этапах жизни, особую значимость приобретая на этапе

старения организма. Дисплазия соединительной ткани (ДСТ) – генетически обусловленная и/или врожденная аномалия структуры и функции соединительной ткани (СТ) различных органов и систем, в том числе и кожи, связанная с нарушением ее развития в эмбриональном и/или постнатальном периоде [2, 5, 7]. Характерным является многообразие клинических проявлений – от доброкачественных субклинических форм до развития полиорганной и полисистемной патологии с прогрессирующим течением. Кожные изменения описывают как «косметический синдром», имеющий разную степень выраженности. Выделяют дифференцированные (синдромы Марфана, Элерса-Данлоса, несовершенный остеогенез, синдром вялой кожи) и недифференцированные формы (диспластико-зависимые изменения – локомоторные, кожные, висцеральные и ассоциированные состояния) ДСТ. Дифференцированные или синдромные формы предполагают определенный тип наследования, имеют отчетливую клиническую картину, установленные и изученные генные и биохимические дефекты. Недифференцированные – гетерогенная группа, имеют фенотипические признаки, которые частично соответствуют дифференцированным: марфаноподобный и элерсоподобный синдромы, MASS-фенотип (патология митрального клапана, аорты, скелета, кожи) и являются более распространенными, но менее изученными вариантами ДСТ. В популяции показатель распространенности этой патологии составляет от 26 до 80% в зависимости от группы исследования [2, 3, 5]. В настоящее время описаны и классифицированы свыше 200 заболеваний СТ. Учитывая большую распространенность, вариантность проявлений, в том числе и кожных, можно предположить, что пациенты с ДСТ встречаются в практической деятельности врача-косметолога [1,4].

Старение лица и шеи является частью общих естественных биологических процессов, протекающих в организме. Внешние проявления старения оказывают большое влияние на качество жизни современного человека, его самооценку и формирование психологического портрета. По нашему мнению, имеющаяся патология соединительной ткани может являться триггером ускоренного развития дегенеративно-инволюционных изменений кожи. При ДСТ описываются структурные дефекты коллагена

и гликозаминогликанов, нарушение их биосинтеза и катаболизма, изменения активности синтетических ферментов, активизация протеиназ, нарушения архитектоники фибрилл, усиление деградации компонентов соединительной ткани [2,6,7]. С учетом большой распространенности ДСТ, разнообразия клинической картины проявлений дисплазии, описанных соединительно-тканых изменений, мы можем ожидать, что на фоне сниженных функциональных резервов дермы и связочно-мышечного аппарата лица возможно более раннее возникновение таких маркеров старения, как снижение тургора и тонуса кожи, изменение овала лица, появление сосудистой патологии. На сегодняшний день вопросы старения при неполноценности структуры и функции соединительной ткани остаются малоизученными.

Цель исследования: разработать методологию комплексной оценки изменений при НДСТ.

Материалы и методы исследования. В нашей работе впервые исследованы особенности маркеров старения у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани (НДСТ). Разработана методология комплексной оценки имеющихся изменений, основанная на клинических и функциональных параметрах кожи лица.

Было проведено обследование 51 пациента в возрасте от 18 до 45 лет (78% женщин и 22% мужчин), из них – 30 пациентов с установленной НДСТ, 21 человек составили контрольную группу. Лиц после операций или предшествующей контурной пластики в нашем исследовании не было.

Результаты исследования и их обсуждение. В группе с НДСТ (30 человек) преобладали пациенты с астеническим телосложением – 18 (60%) человек, нормостеническая конституция регистрировалась у 12 (40%) больных, гиперстеническая – не наблюдалась. В контрольной группе (21 человек) большинство обследуемых имели нормостеническую конституцию – 16 (76%) пациентов, гиперстеническая наблюдалась у 3 (14%), астеническая – у 2 (10%) человек. При дисплазии чаще наблюдалась патология костно-мышечной системы (деформации грудной клетки, сколиозы, лордозы, кифозы, гипотония и гипотрофия мышц), вегето-сосудистая дистония, сердечно-сосудистая патология. Скелетные деформации (сколиоз, кифоз, лордоз,

«прямая спина», крыловидные лопатки, узкая плоская грудная клетка, Х- или О-образные нижние конечности, арахнодактилия, сандалевидная щель) в два раза чаще имели пациенты с дисплазией (100% и 43% человек соответственно). Наиболее специфическими фенотипическими показателями НДСТ оказались такие микроаномалии развития, как скелетные деформации, деформации ушных раковин, низкая линия роста волос; дисплазия зубочелюстной системы, гипермобильность суставов, арахнодактилия, деформации стоп.

При дисплазиях мы чаще наблюдали изменения придатков кожи: лейконихии, расщепление, продольная исчерченность ногтей, симптом «наперстка» (73% пациентов группы наблюдения и 38% – в контрольной группе), тусклые, ломкие волосы, аллопеция, гипотрихоз (17% и 5% соответственно). Кожа пациентов первой группы характеризовалась гиперрастяжимостью, обилием пушковых волос, выраженной венозной сетью, чрезмерной сухостью, наличием стрий и высокой ранимостью, склонностью к образованию кровоподтеков, что по нашему мнению, подтверждает функциональную неполноценность соединительнотканного каркаса кожи.

При НДСТ наблюдалось раннее возникновение таких маркеров старения, как снижение тургора и тонуса кожи, наиболее выраженное в функционально активных зонах – периоральной и периорбитальной, микроциркуляторные нарушения, появление телеангиоэктазий. Установлено, что инволюционные изменения в периорбитальной области (избыток кожи век, опущение хвоста брови, выраженность подглазничной борозды, грыжевые выпячивания в области нижнего века) преобладали в группе больных с дисплазией (83% и 48% соответственно), у большинства эти изменения развивались в возрасте до 40 лет. У пациентов с НДСТ чаще наблюдались атрофические стрии, не связанные с ожирением или беременностью (40% в группе наблюдения и 14% – в группе сравнения). Участки блестящей, атрофированной кожи (симптом «папиросной бумаги») на месте ссадин и ран (40%) и гипертрофические или келлоидные рубцы (13%) были зарегистрированы только в группе пациентов с дисплазией.

Вывод. Таким образом, при НДСТ инволюционные изменения кожи и связочно-мышечного каркаса лица регистрируются раньше

и имеют более выраженный характер. Внешние проявления старения сопровождаются рядом характерных изменений волос, ногтей, патологией костно-мышечной системы, сердечно-сосудистой патологией, микроаномалиями развития. Комплексная оценка имеющихся изменений, основанная на клинических и функциональных параметрах кожи, позволит оптимизировать тактику ведения пациентов. Коррекция преждевременно возникших возрастных изменений кожи лица должна проводиться с учетом относительной функциональной неполноценности соединительнотканного каркаса кожи и сниженных регенераторных способностей. По нашему мнению, для коррекционных мероприятий у пациентов с НДСТ требуются использование методов, направленных на повышение пролиферативных свойств клеток кожи, их дифференцировку и репарацию, в то время как агрессивные пилинги, лазерная абляция, радиоволновая терапия и оперативное лечение у этих лиц должны проводиться с учетом диспластического фенотипа и оценкой всех имеющихся рисков.

Список литературы:

1. **Бычкова, Н.Ю.** Клинические признаки инволюционных изменений лица при недифференцированной дисплазии соединительной ткани / Н.Ю. Бычкова // Сб. статей научно-практического общества косметологов СПб. – 2015. – № 16 – С. 57–62
2. **Кадурина, Т.И.** Дисплазия соединительной ткани: руководство для врачей / Т.И. Кадурина, В.Н. Горбунова. – СПб.: Элби-СПб., 2009. – 704 с.: илл.
3. **Кононова, Н.Ю.** Анализ показателей качества жизни у пациентов с недифференцированной дисплазией соединительной ткани / Н.Ю. Кононова, Т.Е. Чернышова, И.А. Иванова // Архив внутренней медицины. – 2015. – Т. 5. – № 3 (23). – С. 23–26.
4. Косметологические проблемы дисплазии соединительной ткани: клинико-экспериментальное обоснование перспектив мезотерапии / Н.Ю. Кононова [и др.] // Справочник врача общей практики. – 2014. – № 10. – С. 59–61.
5. **Ляховецкий, Б.И.** Кожные проявления недифференцированной дисплазии соединительной ткани: автореф. на соискание ... канд. мед. наук / Б.И. Ляховецкий. – Екатеринбург, 2012. – 26 с.
6. **Cauwe, B.** The biochemical, biological, and pathological kaleidoscope of cell surface substrates processed by matrix metalloproteinases / B. Cauwe, P.N. Van den Steen, G. Opdenakker // Crit Rev Biochem Mol. Biol. – 2007. – 42 (3). – P. 113–185.
7. Elastin fiber abnormalities in hypermobility type Ehlers-Danlos syndrome patients with tenascin-X mutations / M.C. Zweers [et al.] // Clin Genet. – 2005. – 67 (4). – P. 330–334.

УДК 618.3 - 06:616.12 - 008.331.4 - 007.17:614.253.89.

Ф.К. Тетелютина¹, Н.Н. Лагутко¹, Н.М. Попова², Э. Р. Фазлеева¹, Т.В. Сушенцова³

ФГБОУ ВО «Ижевская государственная медицинская академия» МЗ РФ, Удмуртская Республика

¹Кафедра акушерства и гинекологии ФПК и ПП

²Кафедра общественного здоровья и здравоохранения

³БУЗ УР «Красногорская центральная районная больница МЗ УР», Удмуртская Республика

СОЦИАЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА БЕРЕМЕННЫХ С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПОТОНИЕЙ НА ФОНЕ НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННОЙ ДИСПЛАЗИИ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

Тетелютина Фаина Константиновна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; Лагутко Наталия Николаевна — очный аспирант; Попова Наталья Митрофановна — заведующий кафедрой доктор медицинских наук, профессор; 426034, г. Ижевск, ул. Коммунаров, 281, тел.: 8 (3412) 91-82-93, e-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Фазлеева Эльмира Раифовна — очный аспирант; Сушенцова Татьяна Владимировна — главный врач кандидат медицинских наук

В статье дана социальная характеристика беременных женщин с артериальной гипотонией на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани в сравнении с практически здоровыми беременными.

Ключевые слова: беременные женщины; артериальная гипотония; дисплазия соединительной ткани

F.K. Tetelyutina¹, N.N. Lagutko¹, N.M. Popova², E.R. Fazleeva¹, T.B. Sushencova³

Izhevsk State Medical Academy, Udmurt Republic

¹Department of Obstetrics and Gynecology of the Faculty of Advanced Training for Doctors

²Department of Public Health and Care Service

³Krasnogorsky Central regional hospital, Udmurt Republic

SOCIAL CHARACTERISTICS OF PREGNANT WOMEN WITH ARTERIAL HYPOTENSION FOR NON-DIFFERENTIAL CONNECTIVE TISSUE DYSPLASIA

Tetelyutina Faina Konstantinovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; Lagutko Natalya Nikolaevna — post-graduate student ; Popova Natalia Mitrofanovna — Head of the Department Doctor of Medical Sciences, Professor; 426034, Izhevsk, 281 Kommunarov st., tel. 8 (3412) 91-82- 93, E-mail: kafedra-ozz@mail.ru; Fazleeva Elmira Raifovna — post-graduate student; Sushencova Tatyana Vladimirovna — Chief Doctor Candidate of Medical Sciences

In the article the social characteristics of pregnant women with arterial hypotension on the background of an undifferentiated connective tissue dysplasia compared to healthy pregnant.

Key words: pregnant women; hypotension; connective tissue dysplasia

Частота артериальной гипотонии среди сердечно-сосудистых заболеваний, встречающихся при беременности, составляет от 17,0% до 44,2%. Артериальная гипотензия, в основном, манифестирует в молодом возрасте, и нередко впервые проявляется во время беременности, неблагоприятно влияет на ее течение, исходы, сопровождается анемией, токсикозом, угрозой прерывания, плацентарной недостаточностью, преэклампсией [1, 2, 3, 4].

Материалы и методы исследования. Для углубленного анализа изучаемой проблемы нами были обследованы пациентки, составившие группу наблюдения (141), которые впоследствии были подразделены на 2 подгруппы.

- 1-я подгруппа — 89 (63,1%) беременных с артериальной гипотонией и наличием недифференцированной дисплазии соединительной ткани легкой степени;

- 2-я подгруппа — 52 (36,9%) беременных с артериальной гипотонией и отсутствием призна-

ков недифференцированной дисплазии соединительной ткани.

В группу сравнения вошли 56 практически здоровых беременных.

Группы формировались по принципу сплошного отбора за период 2013–2016 гг. Отбор проводился с применением случайной и типологической выборки — методом уравнированных групп идентично по возрасту, паритету беременностей, социальному, образовательному и семейному статусу. Результаты исследований были получены при проспективном и ретроспективном анализе наблюдения за беременными пациентками, анамнестических данных и выкопировке сведений из индивидуальной карты беременной (ф. № 111), истории родов (ф. № 096/У), истории развития новорожденного (ф. № 097/У), патогистологического заключения исследования плаценты в специально разработанную «Карту оценки состояния матери, новорожденного и плаценты».

Критерии включения в группу наблюдения:

- артериальная гипотония;
- возраст от 16 лет до 40 лет.

Критерии включения в 1-ю подгруппу наблюдения:

- наличие недифференцированной дисплазии соединительной ткани легкой степени по наличию 2 главных признаков дисплазии согласно критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985);

- 4–9 баллов по шкале Т.Ю. Смольновой (2003).

Критерии включения во 2-ю подгруппу наблюдения:

- отсутствие недифференцированной дисплазии соединительной ткани легкой степени без признаков дисплазии кроме ПМК согласно критериям Т. Милковска-Димитровой и А. Каркашева (1985);

- до 3 баллов по шкале Т.Ю. Смольновой (2003).

Критерии исключения из группы наблюдения:

- дифференцированные формы дисплазии соединительной ткани;
- эндокринные заболевания;
- хроническая соматическая патология в стадии декомпенсации;
- врожденные или приобретенные пороки сердца;
- оперированные пороки сердца;
- инфекционные заболевания: гепатит;
- беременность после применения ВРТ;
- бесплодие и/или невынашивание беременности в анамнезе;
- многоплодная беременность;
- возраст младше 16 и старше 40 лет.

Беременные группы наблюдения находились на диспансерном наблюдении у акушера-гинеколога, а так же кардиолога и терапевта в течение всего периода гестации.

Диагноз недифференцированной дисплазии соединительной ткани в 1 подгруппе наблюдения был выставлен до наступления настоящей беременности 25 (28,1%) женщинам; 64 (71,9%) беременным данный диагноз был выставлен при настоящей беременности. У всех пациенток диагностирована легкая степень недифференцированной дисплазии соединительной ткани [1, 2, 3].

Результаты исследования и их обсуждение.

Возрастной интервал обследуемых пациенток находился в пределах от 16 до 40 лет. В группе наблюдения средний возраст в 1-й подгруппе – 28,6±4,6 года, во 2-й подгруппе – 27,6±4,7 года, в группе сравнения – 27,9±5,2 года (табл. 1). Достоверных отличий по возрасту в группах не наблюдалось ($p>0,05$).

Следует указать, что большинство пациенток в обеих группах были в активном репродуктивном возрасте до 30 лет, что подчеркивает медико-социальную значимость исследования. Известно, что возраст беременной до 18 лет и старше 30 лет является фактором повышенного риска по развитию плацентарной недостаточности. Обращает внимание, что каждая четвертая беременная была в возрасте старше 30 лет – 44 (25,9%) в группе наблюдения и 16 (28,6%) – в группе сравнения ($p<0,05$).

Достоверных отличий по образовательному уровню в группах не наблюдалось ($p>0,05$) (табл. 2).

Таблица 1. Характеристика беременных по возрасту

Возраст, лет	Группа наблюдения $n=141$				Группа сравнения $n=56$	
	1-я подгруппа $n=89$		2-я подгруппа $n=52$			
	абс. ч.	$P\pm m$	абс. ч.	$P\pm m$	абс. ч.	$P\pm m$
16–20	2	2,2±1,6	3	5,8±3,2	2	3,6±2,5
21–25	19	21,3±4,3	15	28,8±6,3	15	26,8±5,9
26–30	42	47,2±5,3	16	30,8±6,4	23	41,1±6,6
31–35	19	21,3±4,3	12	23,1±5,8	11	19,6±5,3
35 и старше	7	7.9±2.9	6	11.5±4.4	5	8.9±3.8

Таблица 2. Характеристика беременных по уровню образования

Образование	Группа наблюдения $n=141$				Группа сравнения $n=56$	
	1-я подгруппа $n=89$		2-я подгруппа $n=52$			
	абс. ч.	$P\pm m$	абс. ч.	$P\pm m$	абс. ч.	$P\pm m$
Высшее	62	69,7±4,9	34	65,4±6,4	27	48,2±6,7
Среднее профессиональное	11	12,4±3,5	5	8,9±3,8	17	30,4±6,1
Среднее полное	6	6,7±2,7	6	10,7±4,1	3	5,4±3,0
Незаконченное высшее	10	11,2±3,3	5	8,9±3,8	9	16,1±4,9

Анализ образовательного уровня беременных женщин показал, что больше половины женщин имеют высшее образование – 96 (68,1%) пациенток группы наблюдения и 27 (48,2%) группы сравнения, среднее профессиональное, соответственно, 16 (11,3%) и 17 (30,4%).

При анализе социального положения выявлено, что группы были также уравновешены ($p>0,05$). Большинство женщин в обеих группах были служащими и работающими, остальные – учащимися средних профессиональных и высших учебных заведений, состояли на бирже

труда или были домохозяйками (табл. 3). При анализе семейного положения в группах достоверных отличий выявлено не было ($p>0,05$). Каждая вторая женщина обеих обследуемых групп находилась в браке, каждая третья – в «гражданском браке» (табл. 4).

Следует указать, что беременные обеих групп в основном были жительницами города с наименее благоприятной экологической обстановкой, негативно влияющей на соматическое состояние женщин и течение беременности (табл. 5) ($p<0,05$).

Таблица 3. Характеристика беременных по социальному положению

Социальное положение	Группа наблюдения <i>n</i> =141				Группа сравнения <i>n</i> =56	
	1-я подгруппа <i>n</i> =89		2-я подгруппа <i>n</i> =52			
	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>
Служащие	39	43,8±5,2	22	42,3±6,9	22	39,2±6,5
Рабочие	32	35,9±5,1	21	40,4±6,8	24	42,9±6,6
Учащиеся	3	3,4±1,9	2	3,8±2,7	2	3,6±2,5
Домохозяйки	4	4,5±2,2	2	3,8±2,7	1	1,8±1,7
Состоит на бирже труда	11	12,4±3,5	5	9,6±4,1	7	12,5±4,4

Таблица 4. Характеристика беременных по семейному положению

Семейное положение	Группа наблюдения <i>n</i> =141				Группа сравнения <i>n</i> =56	
	1-я подгруппа <i>n</i> =89		2-я подгруппа <i>n</i> =52			
	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>
Зарегистрированный брак	52	58,4±5,2	31	59,6±6,8	37	66,1±6,3
Гражданский брак	29	32,7±4,9	16	30,8±6,4	12	21,4±5,5
Одинокая	8	8,9±3,0	5	9,6±4,1	7	12,5±4,4

Таблица 5. Характеристика места проживания беременных (%)

Место проживания	Группа наблюдения <i>n</i> =141				Группа сравнения <i>n</i> =56	
	1-я подгруппа <i>n</i> =89		2-я подгруппа <i>n</i> =52			
	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>	абс. ч.	<i>P</i> ± <i>m</i>
Город	68	76,4±4,5	41	78,8±5,7	41	73,7±5,6
Село	21	23,6±4,5	11	21,2±5,7	15	26,3±5,6

Вывод. Беременные с артериальной гипотонией на фоне недифференцированной дисплазии соединительной ткани достоверно чаще находятся в активном репродуктивном возрасте, в зарегистрированном браке, имеют высшее образование, являются служащими, проживающими в городах республики.

Список литературы:

1. Кушнир, С.М. Вегетативная дисфункция и вегетативная дистония / С.М. Кушнир. – Тверь, 2015.
2. Мамедов, М.Н. Кардиология. Практические аспекты / М.Н. Мамедов. – Москва: Вторая медицинская книга, 2012. – С. 323–332.
3. Окли, С. Заболевания сердца у беременных / С. Окли. – СПб: Бино, 2010. – 368 с.
4. Окорочков, А.Н. Нейроциркуляторная дистония / А.Н. Окорочков. – Москва: Медлит, 2004. – 192 с.

К СВЕДЕНИЮ АВТОРОВ

В международном журнале «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов» публикуются статьи по актуальным вопросам организации здравоохранения, общественного здоровья, демографии и экологии финно-угорских народов, рассматривается широкий спектр проблем клинической медицины.

При направлении статьи в редакцию просим руководствоваться следующими правилами:

1. В редакцию необходимо направлять бумажный вариант (2 экземпляра) и электронную версию на диске или по адресу электронной почты – hde_fu_journal@mail.ru.

2. Статья должна быть напечатана на одной стороне листа через 1,5 интервала, поля текста: верхнее и нижнее – по 2 см, правое – 1 см, левое – 3 см. Шрифт *Times New Roman* 14. Рекомендуемый объем оригинального исследования - 5 страниц (до 9 000 символов), объем передовых и обзорных статей – до 10 страниц (до 18000 символов).

3. В начале первой страницы указывают на русском и английском языках: полужирным прописным начертанием – название статьи, под названием – инициалы и фамилии авторов (курсивное начертание), научные звания, должности и место работы авторов, а также адрес электронной почты каждого автора, корреспондентский почтовый адрес и телефон основного автора (для контакта с автором статьи (можно один на всех авторов)). Далее через 2 интервала, с абзацного отступа (1 см), – текст статьи.

4. Статья должна быть подписана всеми авторами и сопровождаться направлением от учреждения, в котором выполнена работа.

5. Структура статьи включает: краткое введение, отражающее состояние вопроса к моменту написания статьи; цель настоящего исследования; материалы и методы; результаты работы и их обсуждение; выводы; список использованной литературы в конце статьи.

6. Статья может быть опубликована на русском или английском языке. Аннотация статьи (объем до 7 строк) должна обеспечить понимание главных положений статьи и быть представлена на русском и английском языках. Обязательно наличие ключевых слов (на русском и английском языках). Ключевые слова или сло-

восочетания отделяются друг от друга точкой с запятой.

7. Объем графического материала минимальный. Фотографии – черно-белые, контрастные, максимальный размер 168/250 мм. Электронная версия в формате *Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF*. Рисунки должны быть четкими, выполненными тушью. На обороте фотографии и рисунка карандашом ставятся: порядковый номер, фамилия автора, название статьи. Подписи к рисункам и фотографиям печатаются на отдельном листе. В тексте следует делать ссылки на номер рисунка. Электронная версия рисунка может быть представлена в форматах *Corel Draw 10–13; Adobe Illustrator 9–11*.

8. Таблицы (печатаются кеглем 10) должны быть пронумерованы, иметь заголовки и четко обозначенные графы, содержать только необходимые данные и представлять собой обобщенные и статистически обработанные материалы.

9. Все математические формулы должны быть тщательно выверены. Электронная версия представлена в форматах *MS Equation 3.0; Math Type 4.0*.

10. Библиографические ссылки в тексте статьи приводят цифрами в квадратных скобках в соответствии с указанным списком литературы, составленным в алфавитном порядке.

11. Библиографический список литературы приводится по ГОСТ 7.1.-2003. Автор несет ответственность за правильность данных, приведенных в указателе литературы.

12. В конце статьи указываются фамилия, имя, отчество, занимаемая должность автора, его почтовый и электронный адрес, телефон.

13. Редакция оставляет за собой право на сокращение и редактирование присланных работ.

14. Рукописи, не принятые к печати, авторам не возвращаются.

Электронная почта: hde_fu_journal@mail.ru

RULES FOR AUTHORS

The International Journal «Health, Demography, Ecology of Finno-Ugric Peoples» publishes articles concerning wide spectrum of problems of the public health organization, demography and ecology of Finno-Ugric peoples and issues of clinical and social medicine.

The article should be presented according to the rules:

1. The article should be submitted by the author in a set of two printed copies. Electronic variant of the article can be sent on e-mail address: hde_fu_journal@mail.ru or presented on a disk.

2. The article should be printed on one side of a sheet by Times New Roman 14, in 1.5 intervals, it's important to adjust the margins: high and low – 2sm, right – 1sm, left margin – 3 sm. Advisable volume of original scientific research is 3-5 pages (9 000 symbols), leading and authorial articles should be limited to 10 pages (18 000 symbols).

3. The title of the article written in capital letters (bold type) should be located below. Authors' initials and names (italic type), full name(s) of organization(s) where the work is done (italic type), should be printed at the front-page beginning, left aligned. Author's full name, job position, his/her home or office address and e-mail, as well as telephone numbers, must be applied at the end of the article. The text of the article should be presented beneath the title departing 2 intervals with 1sm indentation.

4. The article must be signed by all authors and be submitted with the permission for publication given by the Head of organization where the work is done.

5. The form of the article should include: Introduction, Aim, Material and Methods, Results, Discussion, Conclusion and References.

6. Volume of graphic material should be minimal. Photographs should be black-and-white and contrast, maximum amount is 168/250 (format Gray 8 bit, 600 dpi, TIFF). Figures should be clear, made in Indian ink (format Corel Draw 10–14, Adobe Illustrator 9–12). On the back side of a photo and a figure the number, author's name and the title are indicated in pencil.

7. Tables should have names and order number. They must contain only necessary findings: aggregate figures and statistically treated materials and be printed in ten-point type.

8. Formulas should have clear indication, presented in format MS Equation 3.0, Math Type 4.0.

9. Numbers of references in the article should be written in hooks according to the list of literature made in alphabetical order.

10. The list of literature should be written according to the State Standards – 7.1 –2003. The author is responsible for data adequacy.

11. The right is reserved to editorial staff to save and correct given articles.

12. In case of two or more articles written by one author(s) only one article can be published in the Journal.

13. Rejected articles are not given back to the authors.

The articles should be sent to the address: Izhevsk State Medical Academy, 426034 Russian Federation, Udmurt Republic, Izhevsk, Kommunarov Str. 281.

E-mail: hde_fu_journal@mail.ru.