

# **ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ**

## **Научно-практический рецензируемый журнал №1, 2017**

**ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ**  
Научно-практический рецензируемый журнал

Журнал зарегистрирован Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия. Свидетельство о регистрации средства массовой информации ПИ №ТУ74-00953

Адрес редакции: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24.

Редакция журнала:  
«ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»  
тел.: 8 (351) 232-00-13  
E-mail: sumed74@mail.ru  
www.sumj.ru

При информационной поддержке:  
Министерства здравоохранения Челябинской области  
ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»

Издательство:  
Журнал отпечатан с оригинал-макетов в ООО «Абрис-Принт», г. Челябинск, Комсомольский проспект, 2.  
Номер подписан в печать по графику 18.04.2017. Фактически 19.04.2017. Дата выхода 19.04.2017.  
Распространяется бесплатно. Подписной индекс: П5518.

Перепечатка материалов допускается только с письменного разрешения редакционного совета

16+

Тираж: 500 экземпляров  
Выходит 4 раза в год

*Главный редактор:*  
Летяева О.И.

*Редакционный совет:*  
Зиганшин О.Р.  
Москевича М.Г.  
Телешева Л.Ф.  
Гизингер О.А.  
Осиков М.В.

*Члены редакционной коллегии:*  
Абрамовских О.С. (Челябинск)  
Алексин Д.И. (Челябинск)  
Арифов С.С. (Узбекистан)  
Балтабаев М.К. (Киргизия)  
Важенин А.В. (Челябинск)  
Волосников Д.К. (Челябинск)  
Долгушин И.И. (Челябинск)  
Долгушина В.Ф. (Челябинск)  
Евстигнеева Н.П. (Екатеринбург)  
Зуев А.В. (Калининград)

Казачков Е. Л. (Челябинск)  
Коркмазов М.Ю. (Челябинск)  
Кохан М.М. (Екатеринбург)  
Кремлев С.Л. (Челябинск)  
Латюшина Л.С. (Челябинск)  
Малова И.О. (Иркутск)  
Молочков В.А. (Москва)  
Охлопков В.А. (Омск)  
Привалов А.В. (Челябинск)  
Сахарова В.В. (Челябинск)  
Симбирцев А.С. (Санкт-Петербург)  
Хисматуллина З.Р. (Уфа)  
Шишкова Ю.С. (Челябинск)  
Шаназаров Н.А. (Казахстан)  
Шперлинг Н.В. (Санкт-Петербург)  
Юозайтите Э.Б. (Литва)  
Юцковская Я.А. (Москва)  
Jianghua Ou (Харбин)

*Технические редакторы:*  
Антимирова Е.А.  
Францева О.В.

# **ОГЛАВЛЕНИЕ**

## **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

- 3** Семченко Л.Н., Тюков Ю.А., Герасимова О.Ю. Репродуктивное поведение подростков как фактор риска распространения ИППП/ВИЧ
- 6** Москвичева М.Г., Попов Е.А., Злакоманова О.Н. Анализ причин отказов родителей от вакцинопрофилактики детей

## **ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ**

- 13** Лысенко О.В., Шестакова Ю.Л., Брылин К.В. О необходимости использования эмолентов в период ремиссии атопического дерматита
- 17** Чванова К.В., Летяева О.И. Качество жизни больных псориазом при коморбидных состояниях
- 27** Иванова В.О., Людвиг Е.М., Варламова В.А. Сравнительный анализ нарушений в психоэмоциональной сфере у пациентов с папилломавирусной инфекцией и генитальным герпесом
- 32** Шишкова Ю.С., Долгушина В.Ф., Графова Е.Д., Завьялова С.А., Липская А.Д., Евстигнеева Н.П. Особенности матрикссинтезирующей способности и видового состава лактофлоры генитального тракта женщин в I триместре беременности в условиях генитальной инфекции
- 36** Шишкова Ю.С., Филимонова О.И., Даровских С.Н., Головин Н.С., Липская А.Д. Микробиологическая оценка эффективности лечения хронического пародонтита у лиц с несъемными ортопедическими конструкциями в полости рта, с помощью сложномодулированного электромагнитного излучения
- 40** Нуриева Н.С., Головин Н.С. Сравнительная характеристика стоматологических силиконовых оттискных материалов
- 45** Масляков В.В., Барсуков В.Г., Куркин К.Г., Суханов С.А. Особенности оказания медицинской помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями груди в условиях локального военного конфликта.

## **В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ**

- 57** Нефедьева Ю. В., Зиганшин О.Р., Козавчинская Н.А., Брик В.В. Клинический случай полиморфного дерматоза беременных

УДК 616.97

Семченко Л.Н., Тюков Ю. А., Герасимова О. Ю.

## РЕПРОДУКТИВНОЕ ПОВЕДЕНИЕ ПОДРОСТКОВ КАК ФАКТОР РИСКА РАСПРОСТРАНЕНИЯ ИПП/ВИЧ

Semchenko L.N., Tyukov Y.A., Gerasimova O.Y.

## REPRODUCTIVE BEHAVIOR OF ADOLESCENTS AS A RISK FACTOR OF STI/HIV SPREAD

ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Минздрава России, 454092, г. Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Семченко Любовь Николаевна- к. м. н., доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Тюков Юрий Аркадьевич- д. м. н., профессор, заведующий кафедрой общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Герасимова Оксана Юрьевн- к. б. н., доцент кафедры психологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

### РЕЗЮМЕ

Цель - изучить особенности репродуктивного поведения подростков как фактора риска заражения инфекциями, передающимися половым путем. По специально разработанной для подростков анкете проведен опрос учащихся общеобразовательных школ г. Челябинска.

Выявлен достаточно низкий уровень информированности школьников об инфекциях, передающихся половым путем, и мерах их профилактики. Средний возраст начала половой жизни у подростков составил 14,2 года. Только около одного процента опрошенных школьников считают, что добрачные половые связи недопустимы. Более половины респондентов отметили, что имеют регулярные сексуальные контакты. Две трети опрошенных не связывают с этим риск заражения ИПП/ВИЧ. В случае заражения ИПП/ВИЧ 16,7% молодых людей ответили, что за специализированной медицинской помощью обращаться не будут.

**Ключевые слова:** инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ – инфекция, сексуальное поведение, подростки.

### ABSTRACT

This study was aimed to reveal the peculiarities of adolescents reproductive behavior as a risk factor of sexually transmitted infections. The pupils of a specially designed questionnaire for teenagers was used interview the pupils of Chelyabinsk secondary schools.

A rather low level of pupils awareness about sexually transmitted instructions and their prevention was revealed. The average age of teenagers' sexual activity onset was 14.2 years. Only about one percent of surveyed pupils considered the premarital sex to be unacceptable. More than a half of respondents said, that they had regular sexual contacts. Two-third of respondents did not associate it with STI/HIV infection. 16,7% of young people said, that they would not see the specialist (doctor) in case of being infected with STI/HIV.

**Key words:** infections, sexually transmitted diseases, HIV-infection, sexual behavior, teenager's.

### ВВЕДЕНИЕ

Несмотря на наметившуюся тенденцию к снижению заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИПП), к которым относится и инфекция, вызываемая вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), их показатели в Челя-

бинской области остаются на достаточно высоком уровне, как среди взрослого населения, так и среди молодежи [3,5].

В структуре факторов, формирующих здоровье молодого человека, большое значение имеет сформированность образцов поведения [4]. В подростковый период формируются основы образа жизни, стиль поведения, которые в дальнейшем будут определять физическое и психическое здоровье. Особую роль в этом играет семья, ее ценности и образ жизни [1,2]. Но, вместе с тем, немаловажное значение имеют культура общества и средства массовой информации, которые формируют модели поведения молодых людей. Поведение подростка может быть как позитивным, направленным на сохранение и укрепление здоровья, так и негативным, направленным на его разрушение, что в последующем во многом определяет демографическую перспективу в стране.

Особую актуальность поведенческий фактор приобрел в связи с ростом подверженности подростков болезням, передающимся половым путем.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности репродуктивного поведения подростков как фактора риска заражения инфекциями, передающимися половым путем.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проводилось в 2014 году среди учащихся четырех общеобразовательных школ города Челябинска.

По специально разработанной анкете было опрошено 370 учащихся (158 юношей и 212 девушек) в возрасте от 15 до 17 лет включительно.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наиболее благоприятным началом половой жизни большинство подростков считает 16 - летний возраст. Тем не менее, доля респондентов, начавших сексуальную жизнь до 16 лет, составила 47,7%. Средний возраст начала половой жизни у обследуемого контингента составил  $14,2 \pm 0,1$  лет. Причем для девушек характерно более раннее начало половой жизни. Из общего количества опрошенных подростков добрачные половые связи считают допустимыми 99,1%. Юноши более легкомысленно относятся к добрачным половым связям. Лиц, негативно относящихся к таким от-

ношениям, среди юношей было в 2,5 раза меньше, чем среди девушек.

Регулярные сексуальные контакты имели 54,0% подростков, спорадические - 39,8%. Из числа живущих сексуальной жизнью 43,6% девочек и 25,8% мальчиков имеют 1 партнера. Доля подростков с несколькими партнерами составляла у девочек 35,9%, у мальчиков - 48,2%.

Более двух третей респондентов не видят для себя негативных последствий раннего начала половой жизни и не связывают этот факт с угрозой заражения ИПП/ВИЧ. Более половины (56,4%) опрошенных часто вступали в интимный контакт, не предохраняясь, и тем самым, подвергая себя реальной опасности заразиться ИПП/ВИЧ.

Из ответов респондентов следует, что такое безответственное отношение подростков к профилактике заражения ИПП/ВИЧ обусловлено недостаточной информированностью. Вызывает некоторое недоумение тот факт, что почти половина опрошенных респондентов не смогли дать ответ на вопрос о способах и средствах предохранения от ИПП/ВИЧ.

По результатам нашего исследования, среди подростков с ранним сексуальным опытом, 64,1% воспитывались в неполных семьях. Две трети сексуально активных подростков не имели каких-либо увлечений. Подростки, рано начавшие половую жизнь, имеют некоторые характерологические особенности, к которым отнесены (на 100 опрошенных): потребность в самоутверждении (15,8), напряженные отношения в коллективе сверстников (32,9), проблемы в семье (28,6), употребление алкоголя и наркотиков и другие формы девиантного поведения.

Можно констатировать, что у современных подростков при деформированной системе ценностей отсутствуют положительные примеры, в том числе - в семье. Не сформирован нравственный иммунитет ко многим факторам риска для здоровья, в том числе к вредным привычкам, включая наркотики, прием которых способствует распространению ИПП и ВИЧ – инфекции, а формированию «нравственного иммунодефицита», к сожалению, способствуют современные средства массовой информации.

Основными проблемами, которые сегодня волнуют, были названы в порядке их значимости для подростков: эпидемия ВИЧ/СПИДа, наркомания, отсутствие близких друзей, предательство друга/подруги, венерические заболевания, одиночество в семье. Девушки чаще, чем юноши, отмечали такую проблему как непонимание со сторо-

## ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ны родителей (53,1 на 100 опрошенных девушек против 42,9 на 100 опрошенных юношей).

Несмотря на то, что проблемы ИППП/ВИЧ волнуют молодых людей, исследование выявило низкий уровень информированности учащихся по этим вопросам. Так, каждый пятый из опрошенных считает, что ВИЧ и СПИД – это разные заболевания, а каждый третий затруднился ответить на данный вопрос. На вопросы о путях передачи и профилактике ИППП/ВИЧ смогли ответить 36,1% юношей и 30,1% девушек.

Подростки ответили, что половым путем передаются гепатит, туберкулез, пневмония и ангина. Менее половины опрошенных респондентов указали на то, что половым путем передается сифилис, немногим более трети отметили, что - гонорея, каждый пятый указал на – трихомониаз, а 11,0% учащихся ответили, что практически ничего не знают об ИППП/ВИЧ, хотя слышали, что такие болезни есть. Основными источниками информации об инфекциях, передающихся половым путем, были названы сверстники и Internet.

Вызывают беспокойство и модели поведения молодых людей, в случае обнаружения у себя ИППП/ВИЧ.

Так 16,7% опрошенных не будут обращаться за медицинской помощью, поскольку 38,9% из них уверены, что можно лечиться без помощи врача, используя данные из интернета, а 61,1% уверены в том, что болезнь "сама пройдет".

Подобное поведение увеличивает продолжительность периода контагиозности больных и приводит к заражению окружающих.

### ВЫВОДЫ

Таким образом, несмотря на разработку и внедрение в практику работы образовательных учреждений различных программ, направленных на профилактику заболеваний и повышение культуры здоровья, результативность их остается достаточно низкой. Уровень информированности учащихся общеобразовательных школ об инфекциях, передающихся половым путем, и о мерах их

профилактики остается не просто низким, а очень низким.

Репродуктивное поведение современных школьников не способствует сохранению их здоровья и предупреждению распространения инфекций, передающихся половым путем.

Необходимо целенаправленно воздействовать на формирование культуры самосохранительного поведения подростков. Ведущая роль в данном процессе должна принадлежать образовательным учреждениям, так как именно там проходит продолжительный и важный для развития период жизни ребенка, подростка, молодежи. Однако в эту работу должны быть включены семья и различные общественные институты – как политические, так и СМИ.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герасимова О. Ю. Здоровье и семейные факторы риска / О. Ю. Герасимова // 1-я итоговая научно-практическая конференция молодых ученых. - Челябинск, 2003. - С. 27 - 28.
2. Герасимова О. Ю. Семейная среда и состояние здоровья ребенка / О. Ю. Герасимова // Сборник статей IV Всерос. науч-практ. конф. - Пенза, 2007. – С. 56-58.
3. Семченко Л. Н. Основные социально-эпидемиологические закономерности распространения ВИЧ – инфекции в Челябинской области на современном этапе / Л. Н. Семченко, М. М. Алимова, Р. Р. Зарипова // Вестник Челябинской обл. клинической больницы - 2014. - №4 (27). - С. 7 - 8.
4. Семченко Л. Н. Распространенность факторов риска и особенности поведения учащихся образовательных организаций / Л.Н. Семченко, О.Ю. Герасимова // Вестник Челябинской обл. клинической больницы - 2015. - №3 (30). - С. 8-9.
5. Тюков Ю. А. Динамика и социально-эпидемиологические особенности распространения ВИЧ – инфекции в Челябинской области / Ю. А. Тюков, Л. Н. Семченко //Уральский медицинский журнал. - 2016. - №9 (142). - С. 45-47.

УДК 614.1; 613.6.015

М.Г. Москвичева, Е.А. Попов, О.Н. Злакоманова

## АНАЛИЗ ПРИЧИН ОТКАЗОВ РОДИТЕЛЕЙ ОТ ВАКЦИНОПРОФИЛАКТИКИ ДЕТЕЙ

M.G. Moskvicheva, E.A. Popov, O.N. Zlakomanova

## ANALYSIS OF THE CAUSES OF PATIENTS REFUSALS FROM VACCINATION OF CHILDREN

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет"  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Российская Федерация, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Москвичева Марина Геннадьевна - д.м.н., доцент, ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Попов Евгений Анатольевич - аспирант, ФГБОУ  
ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Злакоманова Ольга Николаевна - д.м.н., профессор, ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО  
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

### АННОТАЦИЯ

В статье проанализированы результаты социологического исследования, проведенного среди взрослого населения города Челябинска, по изучению причин отказов от вакцинопрофилактики детей. Выявлены проблемы, связанные с приверженностью родителей к иммунопрофилактике детей. С данной группой риска необходимо проводить работу по формированию позитивного отношения к вакцинопрофилактике. Развивать сотрудничество медицинских организаций со средствами массовой информации в популяризации профилактики инфекционных заболеваний посредством иммунизации.

**Ключевые слова:** вакцинопрофилактика; отказ от вакцинации; иммунопрофилактика.

### ABSTRACT

The article analyzes the results of a sociological survey, conducted among the adult population (of

the city) of Chelyabinsk, to study the refusals from vaccination of children. The problems associated with the parents' commitment to children immunization are revealed. If is necessary to work on the a positive attitude formation of this group risk towards vaccine prevention, to develop the cooperation of medical organization with the mass media to popularize the prevention of infections diseases due to the population immunization.

**Keywords:** vaccine prophylaxis; refusal of vaccination; immunoprophylaxis.

### АКТУАЛЬНОСТЬ

На основании многолетнего мирового опыта вакцинопрофилактики детей можно с уверенностью говорить об ее эффективности в отношении снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности детей [1,2]. Эффективность иммунопрофилактики детей зависит от таких факторов, как уровень охвата вакцинацией в декретированные сроки; соблюдение схем вакцинации (введение всех доз в регламентированные сроки); полнота выборки подлежащих вакцинации (сведение к минимуму количества необоснованных медицинских отводов и включение детей групп риска в вакцинальный процесс) [3, 4, 5]. В настоящее время одним из факторов снижения охвата вакцинацией детей, а, следовательно, и эффективности вакцинопрофилактики, являются отказы родителей [4, 6, 7].

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

## ЦЕЛЬ

Провести анализ результатов социологического исследования по выявлению причин отказов родителей от вакцинации детей.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

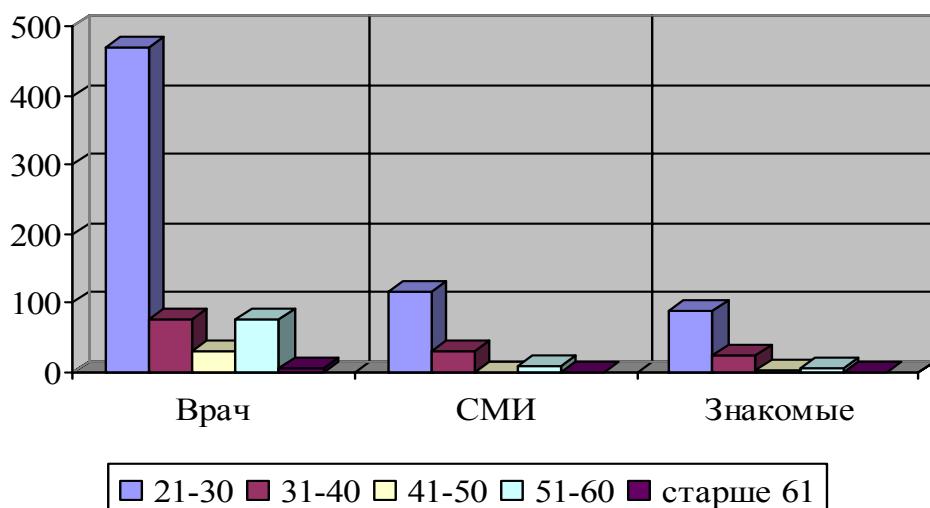
Для выявления причин негативного отношения родителей к вакцинации детей, а также оценки степени влияния определенных медико-социальных факторов на формирование взглядов на иммунопрофилактику была разработана анкета. Выборка исследования основана на слепом сплошном методе исследования. В анкетировании приняли участие 934 человека - родители детей, посещающих детскую поликлинику города Челябинска. Статистический анализ данных осуществлялся с помощью сертифицированного пакета статистических программ SPSS 19,0.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Возрастно-половая структура респондентов выглядит следующим образом - в возрасте от 21 до 30 лет находились 72 из 100 опрошенных, из них 84% составили женщины, 16% - мужчины. В возрасте от 31 до 40 лет было 14 из 100 опро-

шенных, из них 78% составили женщины, 22% - мужчины. 3 из 100 опрошенных находились в возрасте от 41 до 50 лет (91% и 9% соответственно женщины и мужчины), в возрасте от 51 до 60 лет - 10 из 100 опрошенных (83% и 17% соответственно) и 1 из 100 респондентов был в возрасте старше 61 года.

Установлено, что от врачей информацию о вакцинации получает подавляющее большинство респондентов - 70 из 100 опрошенных в возрасте от 21 до 30 лет, 60 из 100 опрошенных в возрасте от 31 до 40 лет, 91 из 100 опрошенных в возрасте от 41 до 50 лет, 84 из 100 опрошенных в возрасте от 51 до 60 лет и все респонденты старше 61 года. Из средств массовой информации предпочитают получать сведения о вакцинации 17 из 100 опрошенных в возрасте от 21 до 30 лет, 22 из 100 опрошенных в возрасте от 31 до 40 лет и 10 из 100 опрошенных в возрасте от 51 до 60 лет. От знакомых и родственников, не имеющих медицинского образования, об иммунопрофилактике получают информацию 13 из 100 опрошенных в возрасте от 21 до 30 лет, 18 из 100 опрошенных в возрасте от 31 до 40 лет, 9 из 100 опрошенных в возрасте от 41 до 50 лет и 6 из 100 опрошенных в возрасте от 51 до 60 лет.



**Рисунок 1. Распределение ответов об источнике получения информации о вакцинах в зависимости от возраста опрошенных.**

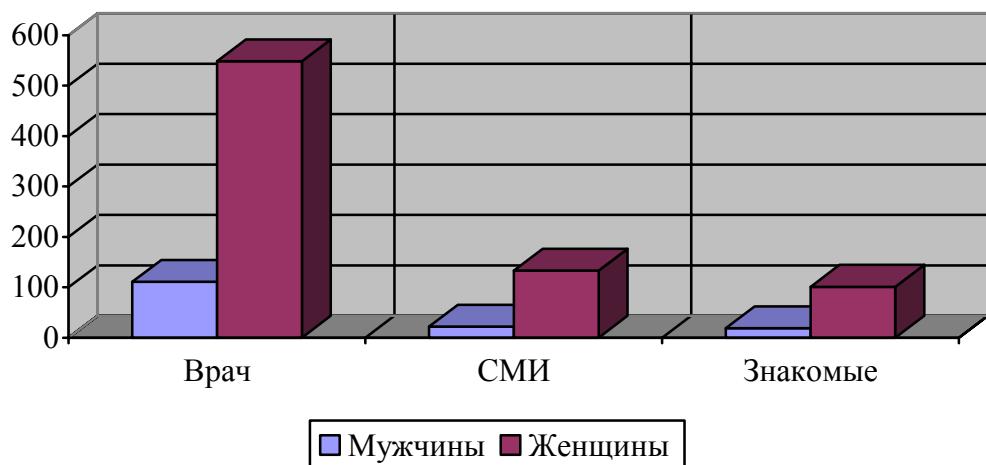
Из числа респондентов, которые когда-либо отказывались от вакцинации ребенка, была сформирована группа, состоящая из 158 человек (14 мужчин и 144 женщины). В зависимости от возраста анкетируемых, мнения о причинах отказа в этой группе распределились следующим образом – отказались от вакцинации в связи с

опасением развития поствакцинальных осложнений 69 из 100 опрошенных в возрасте от 21 до 30 лет, 57 из 100 опрошенных в возрасте от 31 до 40 лет и 18 из 100 опрошенных в возрасте от 51 до 60 лет. Отказались от вакцинации детей в связи с тем, что отговорили от проведения прививок окружающие 6 из 100 опрошенных в возрасте от

21 до 30 лет и 29 из 100 опрошенных в возрасте от 31 до 40 лет. Основанием для отказа от прививок явилось наличие медицинских противопоказаний для проведения вакцинации у 25 из 100 опрошенных в возрасте от 21 до 30 лет, 14 из 100 опрошенных в возрасте от 31 до 40 лет, у всех опрошенных в возрасте от 41 до 50 лет, 82 из 100 опрошенных в возрасте от 51 до 60 лет и у всех опрошенных старше 61 года.

Установлено, что источники информации о вакцинации детей в зависимости от пола респондентов выглядят следующим образом - среди

мужчин - 73 из 100 опрошенных узнают информацию о вакцинах от врачей, 14 из 100 опрошенных из средств массовой информации и 13 из 100 опрошенных от знакомых или родственников, не имеющих медицинского образования. Среди женщин достоверного отличия от мнения мужчин не выявлено ( $p=0,717$ ), оно распределено следующим образом – 70 из 100 опрошенных женщин узнают информацию от врача, 17 из 100 опрошенных из СМИ и 13 из 100 опрошенных – от знакомых или родственников, не имеющих медицинского образования.



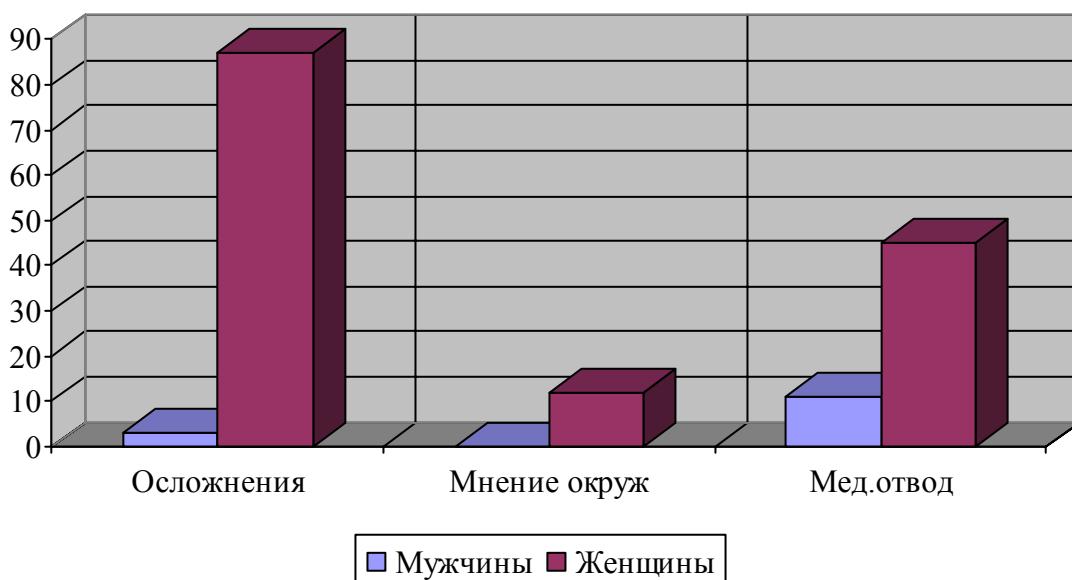
**Рисунок 2. Распределение ответов об источнике получения информации о вакцинах относительно пола.**

По результатам проведенного анализа выявлено, что женщины менее привержены к вакцинопрофилактике детей - из числа опрошенных женщин мнения распределились следующим образом: 87 на 100 опрошенных – поддерживают вакцинацию и 13 на 100 опрошенных женщин высказали негативное отношение к иммунопрофилактике, тогда как 98 из 100 опрошенных мужчин считают необходимым проведение вакцинопрофилактики и только 2 мужчин на 100 опрошенных относятся негативно к прививкам..

Установлено, что в отношении понятия вакцинации и цели её проведения 81 из 100 опрошенных, из них 18% мужчин и 82% женщин, придерживаются мнения, что вакцинация проводится с целью повышения иммунитета к инфекционным заболеваниям, 6 из 100 опрошенных респондентов (в 100% женщины), считают, что вакцинация крайне вредна для здоровья детей. 13 из 100 оп-

рошенных (из них 12% составили мужчины и 88% женщины) предположили, что вакцинация является лишь выполнением определенного плана, установленного поликлинике или врачу.

Из числа респондентов, которые когда-либо отказывались от вакцинации ребенка, установлено, что среди причин отказов родителей от вакцинации детей преобладает страх развития постvakцинальных осложнений, что отметили 57 из 100 опрошенных, преимущественно женщины – 97%. Поддались мнению окружающих и не стали проводить прививки согласно национального календаря 8 из 100 опрошенных – в 100% женщины. У 35 из 100 опрошенных (из них 20% мужчины и 80% женщины), дети имели медицинские противопоказания к проведению плановой вакцинации. В отношении причин отказов от вакцинации детей получены статистически достоверные различия мнений мужчин и женщин ( $p<0,05$ ).

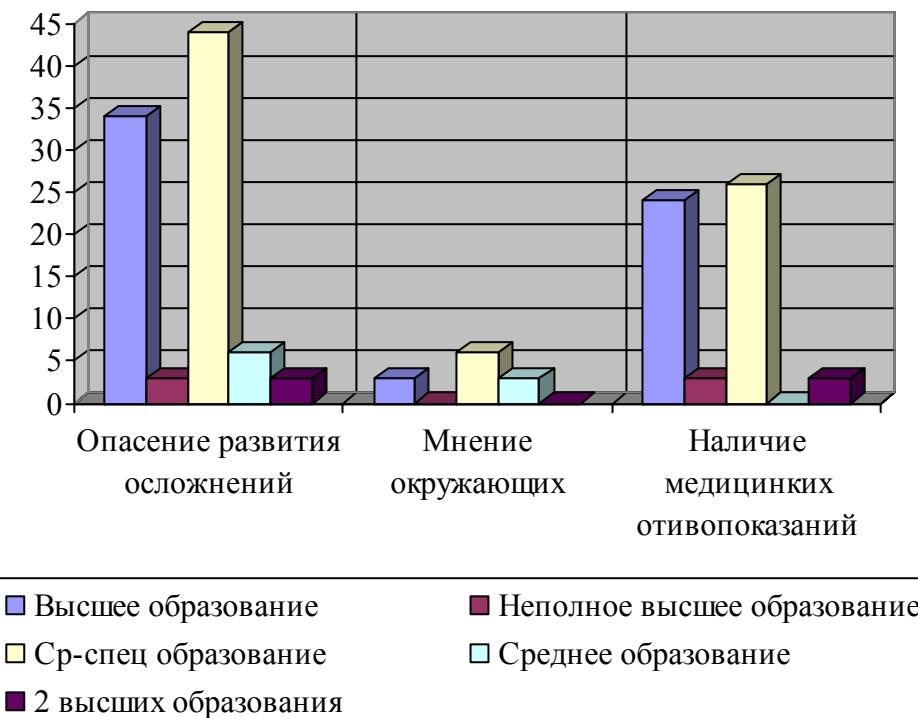


**Рисунок 3. Причины отказа от вакцинопрофилактики детей в зависимости от пола респондентов.**

По уровню образования респонденты разделились следующим образом - 44 из 100 опрошенных имели высшее образование, из них 20 из 100 опрошенных – мужчины, 80 из 100 опрошенных – женщины. Неполное высшее образование имели 9 из 100 опрошенных, из них 23 из 100 опрошенных мужчин и 77 из 100 опрошенных женщин. Среднее специальное образование получили 40 из 100 опрошенных, из них 12 и 88 из 100 опрошенных мужчин и женщин соответственно. Среднее образование у 3 из 100 опрошенных, из них 10 и 90 из 100 опрошенных мужчин и женщин соответственно. 2 высших образования имели 4 из 100 опрошенных, из них 9 из 100 опрошенных мужчин и 91 из 100 опрошенных женщин.

Из числа отказавшихся от вакцинопрофилактики своих детей, мнение о причинах отказа анкетируемых, в зависимости от их образования, распределились следующим образом. Отказались от вакцинации детей в связи с тем, что опасаются

развития постvakцинальных осложнений 56 из 100 опрошенных с высшим образованием, 50 из 100 опрошенных с неполным высшим образованием, 58 из 100 опрошенных со средним специальным образованием, 67 из 100 опрошенных со средним образованием и 50 из 100 опрошенных имеющих 2 высших образования. Причиной отказа от вакцинации явились негативные отзывы окружающих о прививках у 5 из 100 опрошенных с высшим образованием, 8 из 100 опрошенных со средним специальным образованием и 33 из 100 опрошенных со средним образованием. У 39 из 100 опрошенных с высшим образованием, у 50 из 100 опрошенных с неполным высшим образованием, у 34 из 100 опрошенных со средним специальным образованием и у 50 из 100 опрошенных имеющих 2 высших образования причиной отказа от вакцинации стало наличие у детей медицинских противопоказаний к проведению вакцинации.

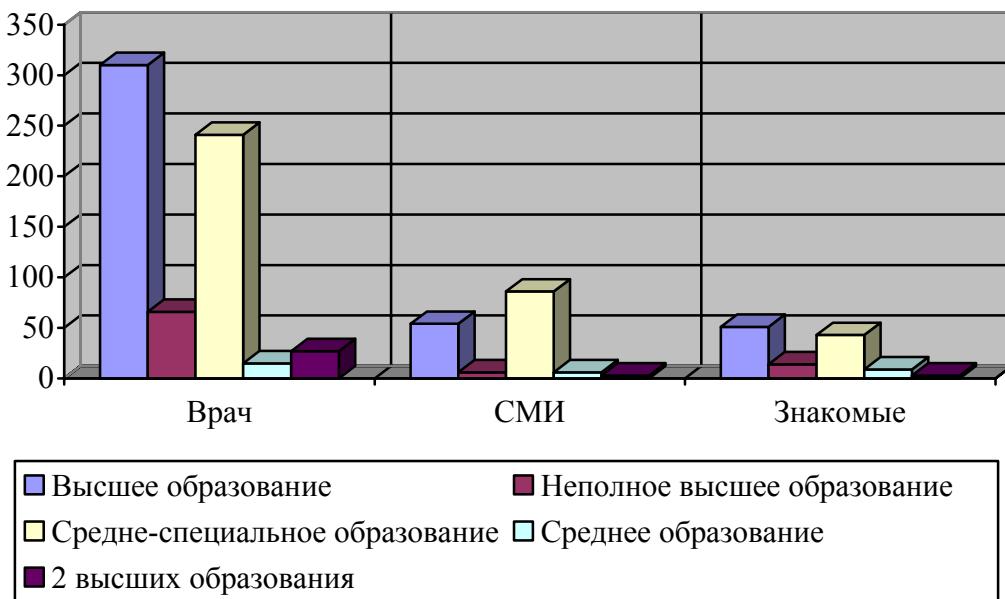


**Рисунок 4. Причины отказа от вакцинопрофилактики детей в зависимости от образования опрошенных.**

В отношении способа получения информации о вакцинопрофилактике были выявлены достоверные отличия в зависимости от образования анкетируемых. От врача информацию получают 75 из 100 опрошенных с высшим образованием, 82 из 100 опрошенных, имеющих 2 высших образования, 77 из 100 опрошенных с неполным высшим образованием, 65 из 100 опрошенных со средним специальным образованием, 50 из 100 опрошенных со средним образованием. Доверяют сведениям о вакцинации, получаемым из средств массовой информации (СМИ), 13 из 100 опрошенных с высшим образованием, 7 из 100

опрошенных с неполным высшим образованием, 23 из 100 опрошенных со средним специальным образованием, 20 из 100 опрошенных со средним образованием и 9 из 100 опрошенных, имеющих 2 высших образования. От знакомых и родственников, не имеющих медицинского образования, об иммунопрофилактике получают информацию 34 из 100 опрошенных с высшим образованием, 16 из 100 опрошенных с неполным высшим образованием, 12 из 100 опрошенных со средним специальным образованием, 30 из 100 опрошенных со средним образованием и 9 из 100 опрошенных, имеющих 2 высших образования.

# ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



**Рисунок 5. Распределение ответов об источнике получения информации о вакцинах в зависимости от образования опрошенных.**

## ОБСУЖДЕНИЕ

По результатам проведенного социологического исследования установлено, что женщины достоверно чаще высказывают негативное отношение к вакционопрофилактике детей и оформляют отказы от вакцинации. При этом, понимая, что прививки проводятся с целью повышения иммунитета, женщины считают, что вакцинация может принести вред здоровью детей и разъяснения медицинского персонала воспринимают, как выполнение определенного плана медицинскими организациями.

Основными причинами отказов родителей от вакционопрофилактики детей явились страх развития поствакцинальных осложнений, негативное мнение окружающих о вакцинации и наличие медицинских противопоказаний.

Установлен ряд особенностей формирования негативного отношения к вакцинации в зависимости от возраста респондентов. Отказались от проведения прививок детям в связи с опасением развития поствакцинальных осложнений респонденты более молодого возраста (21-30 лет). Родители (законные представители) в возрасте 31-40 лет приняли свое решение о вакцинации детей на основании мнения окружающих. Объяснили отказ от проведения вакцинации наличием медицинских противопоказаний у детей респонденты старшей возрастной группы.

Анализ причин отказов в зависимости от уровня образования респондентов установил, что

опасение развития поствакцинальных осложнений сформировало мнение о необходимости отказа от вакционопрофилактики детей у респондентов со средним и средним специальным образованием. При этом респонденты со средним образованием преимущественно опирались на негативное мнение окружающих о прививках. Респонденты с высшим образованием основной причиной отказа от вакцинации детей назвали наличие у них медицинских противопоказаний.

Наиболее частой причиной отказа от проведения вакционопрофилактики детям среди женщин является страх развития поствакцинальных осложнений. Среди мужчин причины отказов от вакцинации детей заключались в медицинских противопоказаниях.

Установлено, что основными источниками информации о вакционопрофилактике детей для респондентов с высшим, неполным высшим и средним специальным образованием является врач. Респонденты со средним специальным и средним образованием при формировании решения об отказе от вакционопрофилактики детей опираются на информацию из средств массовой информации. К мнению родственников не имеющих медицинского образования о прививках прислушиваются в равной степени респонденты со всеми уровнями образования. Что свидетельствует о необходимости расширения целевой группы населения для проведения разъяснительных работ о необходимости вакционопрофилактики.

В зависимости от пола информацию о вакцинопрофилактике детей респонденты получают от врача. Однако выявлено, что мужчины чаще женщин прибегают к использованию средств массовой информации в поисках информации о вакцинации.

От врача информацию о вакцинопрофилактике получают респонденты в старшей возрастной группе, в возрасте 41-50 лет и старше 61 года. В возрастной группе 31-40 лет предпочтения по сбору информации о прививках респонденты отдают средствам массовой информации. Респонденты более младшей возрастной группы (21-30 и 31-40 лет) опираются на мнение в области иммунопрофилактики знакомых, не имеющих медицинского образования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, большинство опрошенных считают вакцинопрофилактику мерой борьбы с инфекционными заболеваниями, а информацию по необходимости ее проведения черпают, в основном, из источников массовой информации. Важно отметить тот факт, что опирается на мнение врача и его авторитет в необходимости проведения прививок меньшая часть опрошенных, однако в большинстве случаев информацию по вакцинации опрошенные получают от медицинского персонала. Основная группа респондентов, отказывающихся от проведения вакцинации детям представлена женщинами, в свою очередь мужчины в подавляющем большинстве поддерживают проведение вакцинопрофилактики детям. В группе опрошенных когда-либо отказывавшихся от проведения вакцинации детей в структуре причин отказа преобладает страх развития поствакцинальных осложнений, причем эта тенденция прослеживается как в зависимости от пола и возраста, так и от образования.

Представленные данные свидетельствуют о необходимости расширения целевой группы населения для информирования о необходимости вакцинопрофилактики с целью уменьшения количества необоснованных медицинских отводов, отказов от вакцинации и включения детей групп риска в график Национального календаря прививок. Также необходима разработка мероприятий по укреплению статуса и авторитета врача как достоверного источника о вакцинации.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- Брико Н.И. Оценка эффективности вакцинации: основные подходы и спорные вопросы/ Брико Н.И., Лобзин Ю.В., Баранов А.А. и другие. // Педиатрическая фармакология. – 2014. – № 11(4). – С. 815.
- Селезнева Т.С. Состояние заболеваемости корью на территории РФ в современных условиях /Селезнева Т.С. Заргарьянц А.И. // Эпидемиология и вакцинопрофилактика. – 2009. – № 2(45). – С. 8 - 15.
- Сазанова Г.Ю., Левитан А.И. Проблемы профилактики инфекционных заболеваний среди населения Саратовской области. Международная научно-практическая интернет-конференция «Проблемы и перспективы развития здравоохранения», посвященной 90-летию кафедры организации здравоохранения, общественного здоровья и медицинского права. Бюллетень медицинских Интернет-конференций (ISSN 2224-6150). 2013. Том 3. № 10
- Онищенко Г.Г. Актуальные проблемы вакцинопрофилактики в Российской Федерации/ Онищенко Г.Г., Ежлова Е.Б., Мельникова А.А. // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. 2014. № 1. С. 9-19.
- Бучкова Т.Н. Вакцинация детей с отклонениями в состоянии здоровья против кори, краснухи и паротита вакциной «Приорикс» / Бучкова Т.Н., Зрячкин Н.И., Хмилевская С.А. // В сборнике: Актуальные вопросы педиатрии, неонатологии и детской хирургии материалы Краевой научно-практической конференции педиатров, неонатологов и детских хирургов с международным участием, посвященная 40-летию педиатрического факультета и 75-летию Ставропольского государственного медицинского университета. 2013. С. 52-55.
- Мац А.Н. Антипрививочный скепсис как социально-психологический феномен/ Мац А.Н., Чепрасова Е.В. //Эпидемиология и вакцинопрофилактика. 2014. № 5 (78). С. 111-115.
- Байбусинова А.Ж. Отношение, барьеры и проблемы вакцинопрофилактики в современном мире: обзор литературы / Байбусинова А.Ж., Мусаханова А.К., Шалгумбаева Г.М. // Наука и здравоохранение. 2016. № 3. С. 123-134.

УДК 616.5-002-056.3-08

Лысенко О.В.<sup>1</sup>, Шестакова Ю.Л.<sup>2</sup>, Брылин К.В.<sup>1</sup>

## О НЕОБХОДИМОСТИ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ЭМОЛЕНТОВ В ПЕРИОД РЕМИССИИ АТОПИЧЕСКОГО ДЕРМАТИТА

Lusenko O. V., Shestakova J. L., Brylin K.V.

### THE NECESSITY OF EMOLENTS USE IN THE ATOPIC DERMATITIS REMISSION PERIOD

<sup>1</sup>Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Российская Федерация, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

<sup>2</sup>ООО «Здоровье», Российская Федерация, 353410 Краснодарский край  
г. Новороссийск, ул. Ленина, 86

Лысенко Ольга Васильевна - д.м.н., доцент, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Шестакова Юлия Леонидовна - к.м.н., директор, врач дерматовенеролог

Брылин Кирилл Валерьевич - студент 617 группы ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

#### РЕЗЮМЕ

С целью определения увлажненности кожи у детей с АтД в период ремиссии под воздействием инсоляции и морской воды при использовании эмолента и без него проведено двухцентровое рандомизированное исследование с участием 30 детей из Челябинской области и 30 детей из Краснодарского края. Половина детей из каждой группы кроме естественных курортных факторов один раз в сутки использовали крем Локобейз Рипеа. По результатам корнеометрии установлено, что самый высокий уровень увлажненности кожи достигнут у подгрупп детей из Челябинской области, получавших эмолент, наименьший - у детей из Краснодарского края, не получавших эмолент. Ежедневное использование крема Локобейз Рипеа в комбинации с повышенной инсоляцией и морскими ваннами у детей, страдающих

АтД, приводит к восстановлению влажности кожи до высокого уровня. Среди пациентов, принимавших препарат, отмечена хорошая переносимость крема, легкая впитываемость, быстрое устранение видимой сухости кожи

**Ключевые слова:** атопический дерматит, гидратация кожи, Локобейз Рипеа, корнеометрия, эмоленты

#### ABSTRACT

The aim of the two-center randomized study, involving 30 children from the Chelyabinsk region and 30 children from Krasnodar was to determine the skin hydration in the children with atopic dermatitis in the period of remission under the sunlight and sea water influence when using and not using of emolents. Half of children from each group, except for the natural resort factors, used the Lokobeyz Ripea cream once a day. According to the corneometry findings, the children from the Chelyabinsk region, receiving the emolent had the highest skin hydration level, and the children from Krasnodar, who did not receive the emolent, had the lowest hydration level. Daily use of the Lokobeyz Ripea cream in combination with high insolation and sea baths in children with atopic dermatitis results in the restoration of the skin hydration up to a high level. Patients, receiving the cream, demonstrated good tolerance, easy absorption and rapid elimination of visible dryness of the skin.

**Keywords:** atopic dermatitis, Lokobeyz Ripea cream, hydration skin, corneometry, emolent.

Атопический дерматит (АтД), являясь одной из серьезных проблем дерматологии, и в 21 веке продолжает привлекать к себе внимание исследователей из-за постоянного роста числа больных, особенно детей, страдающих этим сложным заболеванием [1]. В связи с этим, более важную роль приобретает внедрение в практику новых современных методов терапии, направленных не только на купирование воспалительного процесса и контроль над течением болезни, но и сохранением длительной ремиссии. К числу таких лекарственных средств, безусловно, относятся эмоленты, поскольку одним из ведущих патогенетических факторов АтД является нарушение функции кожного барьера [2].

Важнейшую составную часть эпидермального барьера представляют роговой слой, от которого зависит проницаемость, и липидный барьер, состоящий из липидного биослоя [3]. Синтез липидов осуществляется в ламеллярных тельцах клеток зернистого слоя, липиды, выходя из клеток и заполняя межклеточное пространство, образуют липидную прослойку, непроницаемую для водорастворимых веществ [4, 5]. Выявленные у больных АтД мутации ряда важнейших генов приводят к разбалансировке действия ферментов, обеспечивающих десквамацию корнеоцитов, усилиению отшелушивания клеток, истончению рогового слоя и изменению липидной мантии [6]. При этом данные изменения отмечаются не только в воспалительных очагах, но и на клинически неизмененной коже, как в момент активизации заболевания, так и в период ремиссии.

Выделяют три группы веществ, оказывающих увлажняющее действие: вещества, обеспечивающие прямое увлажнение, вещества, образующие пленку и кератолитические средства. К первым, как правило, относятся компоненты кожного барьера (холестерол, жирные кислоты и т.д.), хумиканты и пептиды, ко вторым – вазелин, парафин, масла, к третьим – салициловая кислота, мочевина и др. [7]. Они, как правило, и входят в состав эмолентов.

Мероприятия по уходу за кожей больных АтД подразумевают постоянное или длительное и частое использование эмолентов, причем в больших количествах, поскольку восстановление нарушенного эпидермального барьера приводит не только к устранению чувства сухости кожи и уменьшению шелушения, но предотвращает поступление аллергенов, снижает концентрацию цитокинов, стабилизирует процессы воспаления и, в конечном счете,

уменьшает количество используемых лекарственных средств, которые, в той или иной мере, обладают неблагоприятными побочными эффектами [8]. Всё это предъявляет к средствам длительного ежедневного применения достаточно высокие требования в плане их эффективности и, особенно, безопасности. При этом некоторые эмоленты имеют в своем составе ароматические вещества и консерванты, и большинство из них привносит в кожу чужеродные жировые компоненты, но не способствует синтезу собственных липидов. Это увеличивает настороженность пациентов или их родителей к препаратору и сокращает срок его использования, особенно в период ремиссии при полном отсутствии сыпных элементов.

С момента наступления ремиссии, одним из средств поддержания стабилизации процесса может стать курортотерапия. Жители средней полосы России нередко для отдыха и лечения выбираются регионы с повышенной инсоляцией и стараются сочетать её с морскими купаниями, способными усиливать сухость кожных покровов. Данная ситуация способна нивелировать устойчивость ремиссии, но может быть предотвращена использованием эмолентов.

Одним из препаратов, оказывающий быстрый и длительно сохраняющийся (в течение 24 часов) увлажняющий эффект является Локобейз Рипеа. Специально разработанное средство мгновенно впитывается и эффективно увлажняет кожу длительное время. Содержит в оптимальном соотношении все виды липидов, идентичных натуральным, что ускоряет процесс восстановления функции защитного барьера кожи. Локобейз Рипеа содержит наночастицы твердого парафина, улучшающие эффективность препарата, удлиняющие время его действия и достаточно устойчивые к воздействию влаги, в том числе при водных процедурах. Воз действует достаточно быстро, наносится тонким слоем один раз в сутки и может быть использован в любом возрасте. Перечисленные свойства данного эмолента и побудили нас выбрать его для проведения настоящего исследования.

Целью работы явилось определение увлажняющей способности кожи у детей с АтД в период ремиссии под воздействием инсоляции и морской воды при использовании эмолента и без него.

**Материалы и методы.** Для реализации поставленной цели проведено двухцентровое, проспективное исследование, в котором принимали участие ЧОККВД г. Челябинска, и ООО «Здоровье», гг. Новороссийск и Анапа. Объектом исследования являлись 60 детей в возрасте от 5 до 10 лет, больных среднетяжелой формой АтД, находившихся в состоянии ремиссии. При этом, 30 боль-

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ных (13 мальчиков и 17 девочек) являлись жителями г. Челябинска и были направлены в г. Анапу по решению врача (дерматолога или аллерголога), а 30 детей (16 мальчиков и 14 девочек) проживали в Краснодарском крае, наблюдались в медицинском учреждении данного региона, и их родители дали добровольное согласие на участие в исследовании. Основанием для исключения из всех групп явилось применение системных кортикостероидов или иммуносупрессантов в момент исследования или более чем за месяц до него, а также нанесение топических кортикостероидов или иммуносупрессантов на кожу в момент исследования или за неделю до него.

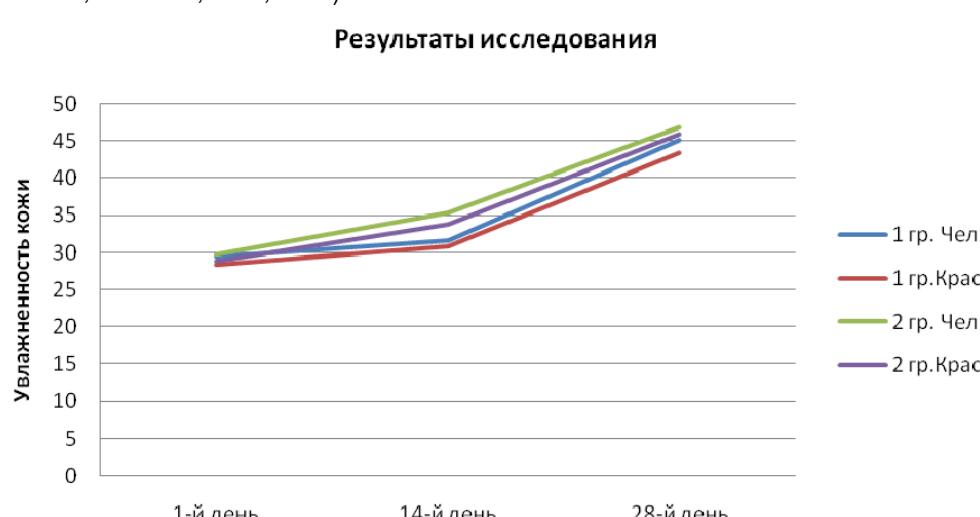
В течение работы дети, проживающие в Челябинской области (30 человек) и пациенты из Краснодарского края (30 человек), методом случайной выборки были разделены на 2 подгруппы из каждой регионарной группы. Подгруппы 1Ч (Челябинск) и 1К (Краснодар), получали только курортное лечение в виде инсолиации и морских купаний и находились под наблюдением дерматологов города Анапы. Дети подгруппы 2Ч и 2К, кроме того, один раз в сутки, на ночь, под контролем дерматологов весь период наблюдения наносили на весь кожный покров липидосстабилизирующий крем Локобейз Рипеа.

Динамику процесса оценивали на 14-й и 28 день наблюдения, определяя увлажненность кожи, которую устанавливали с помощью корнеометрии. Корнеометрию проводили определителем влажности кожи Aramo MC (ARAM HUVIS com Ltd, Корея). Согласно характеристикам прибора, уровень влажности расценивался как высокий при значениях более 45,0, как нормальный при 30,0 – 44,9 и низкий при показателе ниже 30,0. Статистический анализ данных проводили с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2007 и STATISTICA 6.0 (for Windows; «StatSoft, Inc.», 2001).

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Результаты проведенного клинического исследования показали высокую эффективность крема Локобейз РИПЕА, усиливающего эффект курортотерапии в виде повышенной инсолиации и морских ванн. При первоначальном измерении увлажненности кожи у детей всех исследуемых подгрупп показатели соответствовали низкому уровню и не превышали 30,0 условных единиц (у.е.). Во время первого контрольного замера мы установили, что уровень увлажненности кожи несколько повысился у всех детей, однако показатели в разных группах имели различное значение. В подгруппе 2Ч – детей из Челябинска, получавших Локобэйз РИПЕА, средний показатель увлажненности стал наиболее высоким и составил 35,4 у.е. В подгруппе 2К его значение равнялось 33,8 у.е. В подгруппе 1Ч - 31,6 у.е., а в подгруппе 1К- краснодарские дети, получавшие морские купания без применения эмолента - 30,9 у.е.

Наиболее существенные различия в показателях увлажненности кожи выявлены при вторичном осмотре через 28 дней наблюдения. Так, уровень увлажненности кожи в подгруппе детей из Челябинска, получающих 1 раз в сутки крем Локобейз Рипеа, составил 46,8 у.е., в подгруппе детей из Краснодара, также использовавших Локобейз, этот показатель равнялся 45,9 у.е. В подгруппе челябинских пациентов, использовавших инсолиацию и морские купания без крема, средний показатель приблизился к 45,1 у.е., в подгруппе детей из Краснодара, для которых уровень инсолиации незначительно отличался от постоянного и единственным фактором курортотерапии оказались только морские купания, средние показатели корнеометрии составили 43,4 у.е. (рис.1).



**Рисунок 1. Динамика показателей корнеометрии у детей с АтД в период ремиссии**

---

Среди пациентов, принимавших препарат, отмечена хорошая переносимость крема, легкая впитываемость, быстрое устранение видимой сухости кожи. Дети и\или их родители, предъявлявшие до применения данного эмолента жалобы на зуд, констатировали его исчезновение и улучшение сна.

Таким образом, ежедневное использование крема Локобейз Рипеа в комбинации с повышенной инсоляцией и морскими ваннами у детей, страдающих АтД, приводит к восстановлению влажности кожи до высокого уровня, устраниет существовавшие субъективные расстройства и повышает уровень качества жизни.

## ВЫВОДЫ

1. Ежедневное использование крема Локобейз Рипеа в комбинации с повышенной инсоляцией и морскими ваннами у детей, страдающих АтД, приводит к восстановлению влажности кожи до высокого уровня.

2. Среди пациентов, принимавших препарат, отмечена хорошая переносимость крема, легкая впитываемость, быстрое устранение видимой сухости кожи. Побочных реакций на препарат при проведении терапии не отмечено.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ревякина В.В. Эпидемиология аллергических заболеваний у детей и организации педиатрической аллергологической службы в России // Педиатрия.- 2003.- № 4.- С. 47-51.

2. Лысенко О.В., Зиганшин О.Р., Ковалева С.А., Смирнова Д.В. Изменения уровня увлажненности кожи у больных атопическим дерматитом при использовании эмолента Xera-CalmAD // Эффективная фармакотерапия. Дерматология и дерматокосметология. – 2016. – № 1-2. - С. 6-10
3. Suzuki Y., Nomura J., Koyama J., Horri I. The role of proteases in stratum corneum: involvement in stratum corneum desquamation. Arch. Dermatol. Res.- 1994.- № 286.- С. 369-375
4. Хлебникова А.Н. Увлажняющие средства в терапии хронических дерматозов // Клиническая дерматология и венерология.- 2010.- № 4.- С. 32 – 38
5. Menon G.K., Freinfeld K.R., Elias P.M. The lamellar secretory response to barrier disruption.- J. Invest Dermatol.- 1992.- № 98.- С. 279-289
6. Максимова Ю.В., Свечникова Е.В Немчинникова О.Б. и др. Полиморфизм некоторых генов иммунного ответа при атопическом дерматите // Клиническая дерматология и венерология. - 2015.- Т. 14.- № 5. - С. 24-27
7. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В. Барьерные свойства кожи и базовый уход: инновации в терапии и практике // Вестрин дерматол. и венерол. 2010.- № 6.- С. 135 – 139
8. Прошутинская Д.В., Чикин В.В., Знаменская Л.Ф., и др. Федеральные клинические рекомендации по ведению больных атопическим дерматитом // [http://cnikvi.ru/docs/clinic\\_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi](http://cnikvi.ru/docs/clinic_recs/bolezni-kozhi-i-pridatkov-kozhi)

УДК 612.7

К.В.Чванова, О.И.Летяева

## КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПСОРИАЗОМ ПРИ КОМОРБИДНЫХ СОСТОЯНИЯХ

Chvanova K.V., Letyaeva O.I.

### LIFE QUALITY OF PATIENTS WITH PSORIASIS IN COMORBID CONDITIONS

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Российская Федерация, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Летяева Ольга Ивановна- д.м.н, профессор кафедры дерматовенерологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, [olga-letyaeva@yandex.ru](mailto:olga-letyaeva@yandex.ru)

Чванова Ксения Валерьевна- студентка 6 курса ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, [kchvanova@gmail.com](mailto:kchvanova@gmail.com)

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО  
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

**Цель.** Изучение влияния симптомов псориаза на основные бытовые, социальные и психологические аспекты жизни, выявление коморбидных состояний, сопровождающие псориаз. Материалы и методы. Для достижения поставленной цели, была разработана анкета, включающая оценку психологических, социальных, бытовых факторов. В исследовании приняли участие лица старше 18 лет с установленным диагнозом псориаз, согласившиеся пройти анкетирование. Для оценки степени влияния кожного заболевания на различные аспекты жизни больного использовался специально разработанный опросник для оценки качества жизни больного псориазом. Результаты. Общую выборку составили 50 пациентов. Возрастной состав был представлен 4 группами: Молодой 18-29 лет, зрелый 30-44 лет, средний 45-59 лет и пожилой 60-74 лет. По длительности течения дерматоза, варьировавшей от нескольких месяцев до 53 лет, пациенты распределялись следующим образом: <5 лет – 34%, 5 - 10 лет – 24%, 10 - 30 лет – 26%, 30 лет и более – 16%. Наследственную предрасположенность имели 40% ис-

следуемых. 4 группы пациентов оценивались в сравнительном аспекте. Добросовестно к лечению заболевания (следуют назначенному лечению, соблюдают диету) подходят 28,9% пациентов молодого возраста, 25% зрелого, 22,3% среднего, 23,6% пожилого возраста. Важность излечения от заболевания в большей степени выделяют пациенты молодого (26,5%) и среднего (27,7%) возрастов. 72% всех опрошенных считают, что их жизнь станет лучше после выздоровления, 24% не знают, что ждёт их после выздоровления, 4% не видят себя счастливыми после излечения. Заключение. Исследование качества жизни больных псориазом, основанное на их субъективном восприятии показало, что ряд ограничений, связанных с наличием дерматоза (сложности с работой, ограничение в быту, общение с людьми и др.), значительно снижают качество жизни и способствуют формированию психосоматических нарушений.

**Ключевые слова:** качество жизни, псориаз, сопутствующие (коморбидные) состояния.

This research was aimed to the influence of psoriasis symptoms on the basic social, psychological and household aspect of life, and detection of comorbid conditions associated with psoriasis. Materials and methods. To achieve the aim, a questionnaire was worked out. It contained the estimation of psychological, social and household factors. Persons above 18, diagnosed with psoriasis, agreed to take part in the research. A special questionnaire

was used to estimate the life quality of a patient with psoriasis. Results. The total sample consisted of 50 patients/ There were 4 age groups: young – 18-29 (years); mature – 30-44 (years); average – 45-59 (years) and elderly – 60-74 (years). The duration of being ill with psoriasis varied from several months to 53 years. According to this aspect the patients were distributed as follows □ 5 years – 34 %; 5-10 years – 24%; 10-30 – 26%; 30 years and more – 16%. 40% of patients had genetic predisposition. 4 groups of patients were estimated in comparative aspect. 28,9% of young patients, 25% of mature, 22,3% of an average age and 23,6% of advanced age follow the prescribed treatment and keep to a diet. The patients of young (26,5%) and average (27,7%)age consider the possibility of being cured to be very important. 72% of all the respondents consider their life to become better after convalescence, 24% do not know what to wait after convalescence, and 4% don't see themselves happy in future. Conclusion: The research of patients with psoriasis life quality, based on their subjective perception showed, that a number of restriction, associated to the dermatosis (difficulties with work, restriction in household, communication with people) considerably reduce the life quality and promote the formation of psychosomatic disturbances.

**Keywords:** life quality, psoriasis, comorbidities.

В статье приводятся данные изучения влияния псориаза на качество жизни больных при наличии сопутствующих заболеваний.

Качество жизни – интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии [6, 4, 5]. Понятие «качество жизни» положено в основу новой парадигмы понимания болезни и определения эффективности методов ее лечения. Исследование качества жизни в медицине – уникальный подход, позволивший принципиально изменить традиционный взгляд на проблему болезни и больного [3]. В связи с этим, исследование качества жизни, связанного со здоровьем, позволяет изучить влияние заболевания и лечения на показатели качества жизни больного человека, оценивая все составляющие здоровья – физическое, психологическое и социальное функционирование [3, 4, 5]. По мнению Celia D.F. And Bonomi A.E., 1995, существуют различные определения качества жизни. Тем не менее, общепризнанно, что это является многомерным понятием и отражает влияние заболевания и лечения на

благополучие больного. Качество жизни больного характеризует, каким образом физическое, эмоциональное и социальное благополучие больного изменяется под влиянием заболевания или его лечения. В некоторых случаях это понятие включает также экономические и духовные аспекты функционирования больного [6]. Пренебрежение этими факторами может становиться причиной существенного снижения уровня оказываемой медицинской помощи, удовлетворенности ею пациентов, их социальной активности, снижения производительности труда, а также проблем, возникающих в личной жизни.

В дерматологической практике велик удельный вес хронических заболеваний, и, несмотря на то, что большинство этих дерматозов не представляет непосредственной угрозы для жизни, хронический и неизлечимый характер многих из них (например, псориаза) оказывает негативное влияние на качество жизни пациента. Поэтому эта проблема продолжает быть актуальной для многих научных исследований в области патогенеза и терапии псориатической болезни [7]. Псориаз – хроническое, рецидивирующее, генетически обусловленное, мультифакторное заболевание с ярко выраженными кожными симптомами, в основе которого лежит генетически обусловленное нарушение кератинизации, вызванное гиперпролиферацией и нарушением дифференцировки кератиноцитов, возникающее под влиянием эндогенных и экзогенных факторов [1]. Высокий уровень заболеваемости псориазом на современном этапе развития цивилизации объясняется стремительным темпом жизни общества, увеличением эмоциональной нагрузки, требующей огромных нервных и интеллектуальных усилий, в результате чего нередко возникают «ножницы» между возможностями биологической природы человека и условиями жизни. Исходя из этого, псориаз нередко относят к группе так называемых «болезней цивилизации» [2]. Распространенность псориаза по различным источникам литературы среди населения Земли составляет от 0,1% до 5% [9,10,11,12]. В медико-географической классификации болезней кожи человека псориаз обозначен как «убиквитарное заболевание», то есть повсеместно встречающееся [9]. В Швеции распространенность псориаза составляет 2,3%, в США – до 1,5% [15], в России – 1% [13]. Среди стационарных больных дерматологических отделений на долю псориаза приходится от 6,5% до 30% случаев, а среди всех больных дерматологического профиля до 5% [8, 14 – 16].

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Целью настоящего исследования явилось изучение влияния симптомов псориаза на основные бытовые, социальные и психологические аспекты жизни, и выявление коморбидных состояний, сопровождающих псориаз.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Для достижения поставленной цели, была разработана анкета, включающая оценку психологических, социальных, бытовых факторов. Критериями включения пациентов в исследование являлись: лица старше 18 лет с установленным диагнозом псориаз, согласившиеся пройти анкетирование. Критерии исключения: лица моложе 18 лет; лица, имеющие расстройства когнитивных функций; лица, отказавшиеся пройти анкетирование.

Для оценки степени влияния кожного заболевания на различные аспекты жизни больного (отношения в семье с родственниками, с друзьями, коллегами по работе, занятия спортом, социальная активность и т. д.) использовался специально разработанный нами опросник для оценки качества жизни больного псориазом. Статистическая, математическая и графическая обработка полученных данных проведена с помощью программ Microsoft Office Excel 2016 и Microsoft Office Word 2016.

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЯ

Общую выборку составили 50 пациентов.

Возрастной состав был представлен следующим образом (по классификации ВОЗ, 1963):

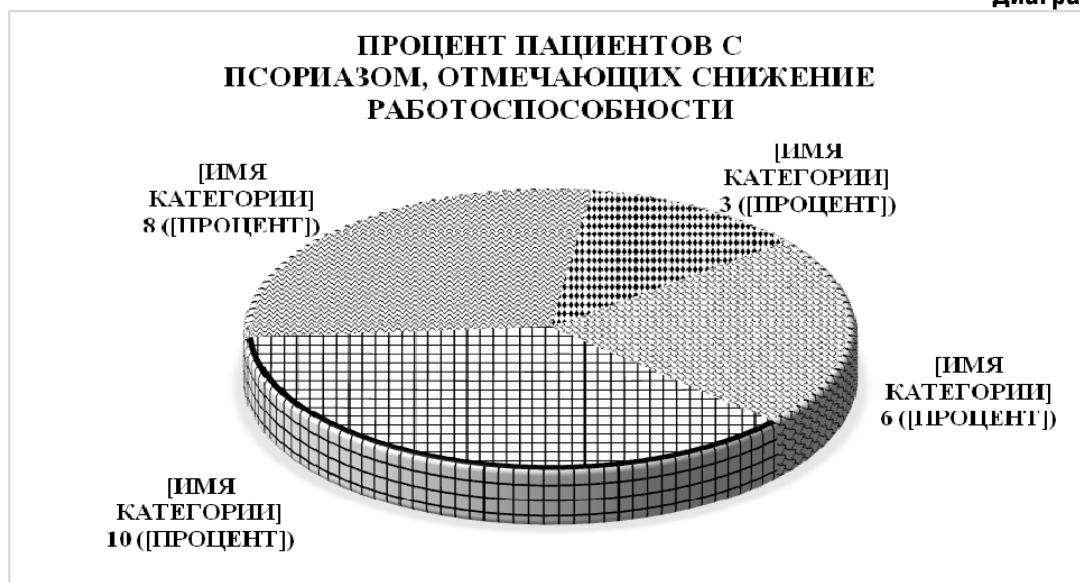
Молодой возраст 18-29 лет – 24%  
Зрелый возраст 30-44 лет – 26%  
Средний возраст 45-59 лет – 26%  
Пожилой возраст 60-74 лет – 24%

Средний возраст I группы составил  $23,4 \pm 3,98$ ; II группы  $37 \pm 6,35$ ; III группы  $51,5 \pm 3,52$ ; IV группы  $62,25 \pm 3,46$ .

По длительности течения дерматоза, варьировавшей от нескольких месяцев до 53 лет, пациенты распределялись следующим образом: до 5 лет – 34%, от 5 до 10 лет – 24%, от 10 до 30 лет – 26%, от 30 лет и более – 16%. Наследственную предрасположенность имели 40% исследуемых пациентов.

4 группы пациентов оценивались в сравнительном аспекте, что отражено в диаграммах 1-6. В диаграмме №1 представлен процент пациентов с псориазом, которые чувствуют себя физически и психологически неработоспособными из-за состояния кожи. Из представленной диаграммы можно увидеть, что люди, в зависимости от увеличения возраста, чувствуют себя более неработоспособными, что может быть связано с продолжительностью заболевания псориазом и наличием осложнений, сопутствующих заболеваний у лиц более старших возрастных групп.

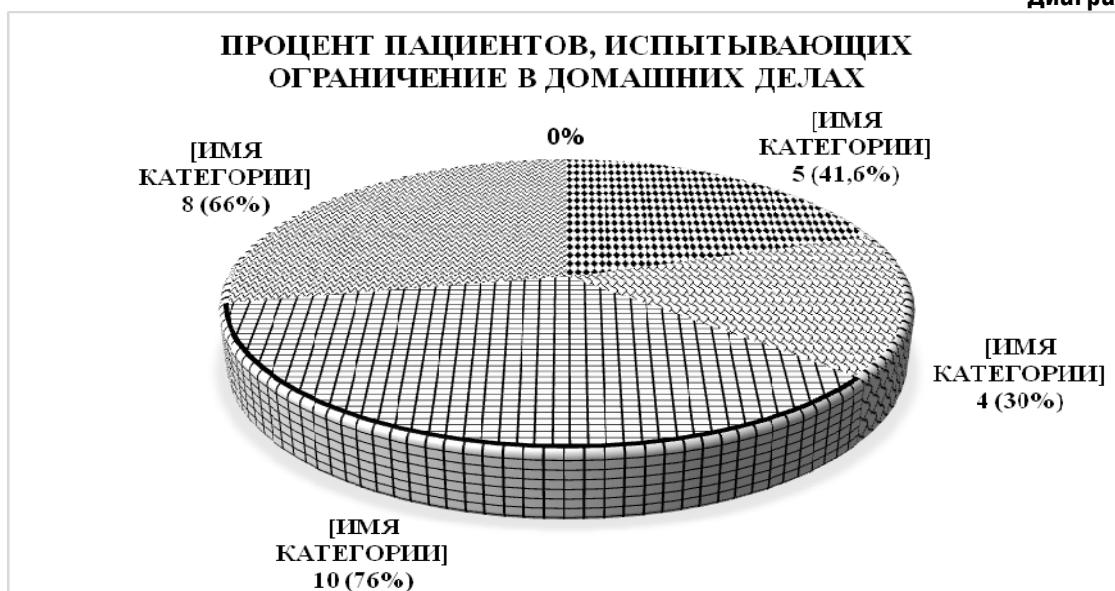
Диаграмма 1



В диаграмме №2 отражена такая же закономерность в отношении ограничения активности больных в домашних делах (уборка дома, приготовление пищи, работа в саду): с увеличением возраста больных, им сложнее справляться с бы-

товыми хлопотами. Причиной роста процента больных псориазом, ограниченных в бытовой активности, также могут служить продолжительность заболевания, наличие осложнений и сопутствующих заболеваний.

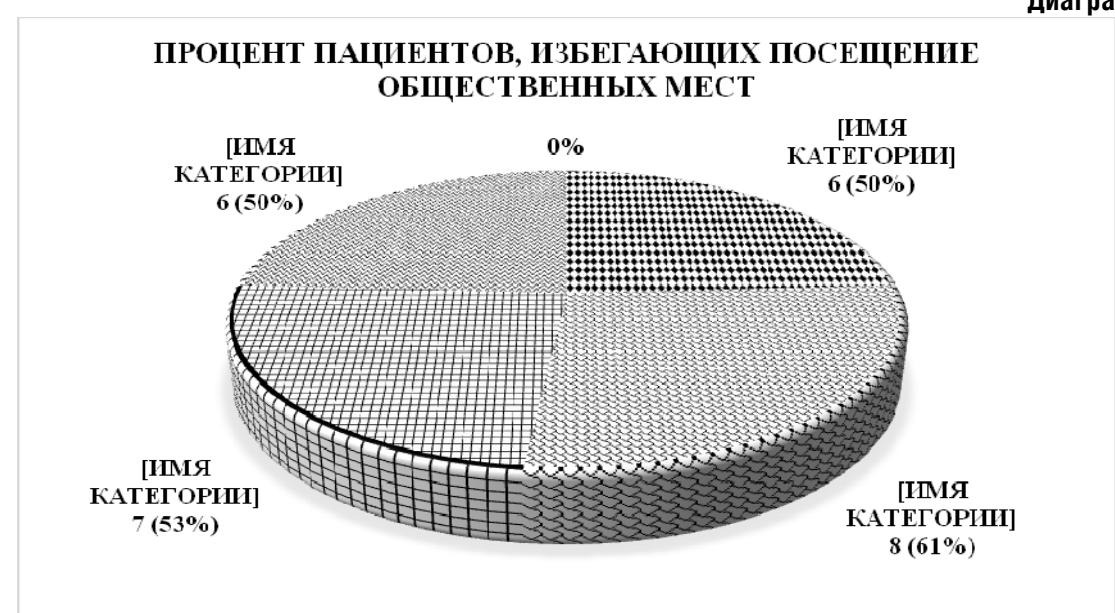
Диаграмма 2



Из диаграммы № 3 видно, что проблема состояния кожи, одинаково, в равной степени, беспокоит все возрастные группы больных псориазом, это ограничивает их нахождение в общественных местах, вплоть до постоянного нахождения дома [14], что у большинства больных сопровождается длительными депрессивными состояниями, а также может

подталкивать таких больных к суицидальным действиям. Наличие у больных патологии, локализующейся на открытых участках тела сопровождается глубокими психическими нагрузками, а в некоторых случаях может быть причиной тяжелых психических расстройств, приводящих к изменению собственной самооценки [7].

Диаграмма 3

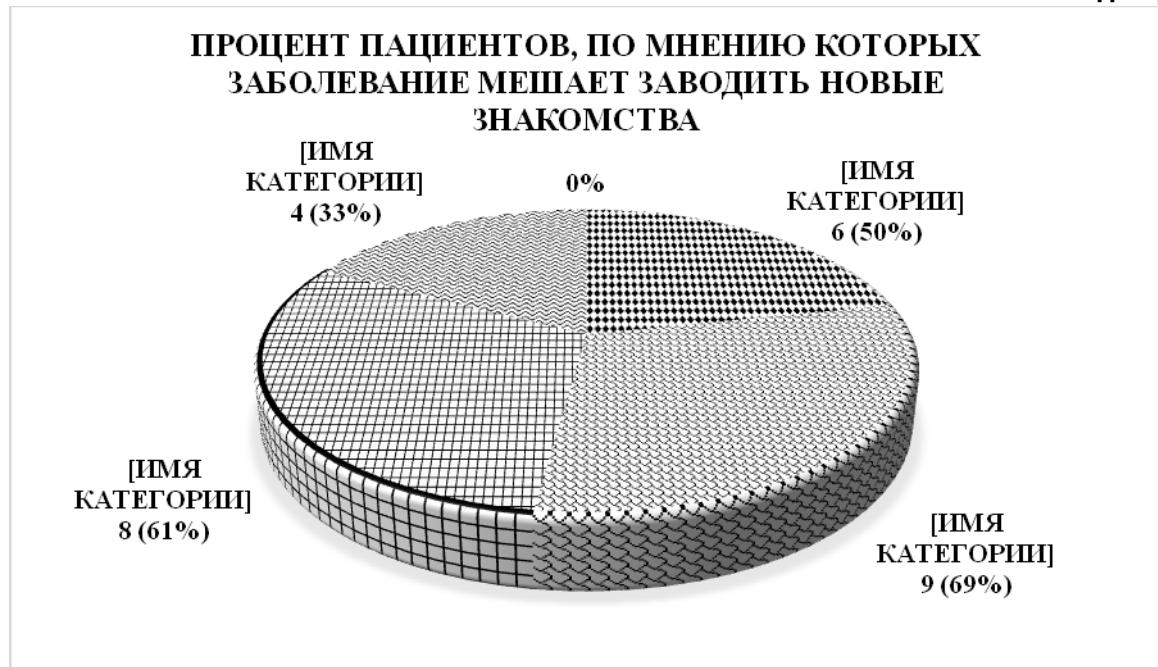


## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В связи с ограничением социальности больных псориазом, им трудно заводить новые знакомства, что отражено в диаграмме №4. По

мнению пациентов из I, II и III возрастных групп, им намного сложнее знакомиться с людьми, из-за состояния кожи, чем пациентам IV группы.

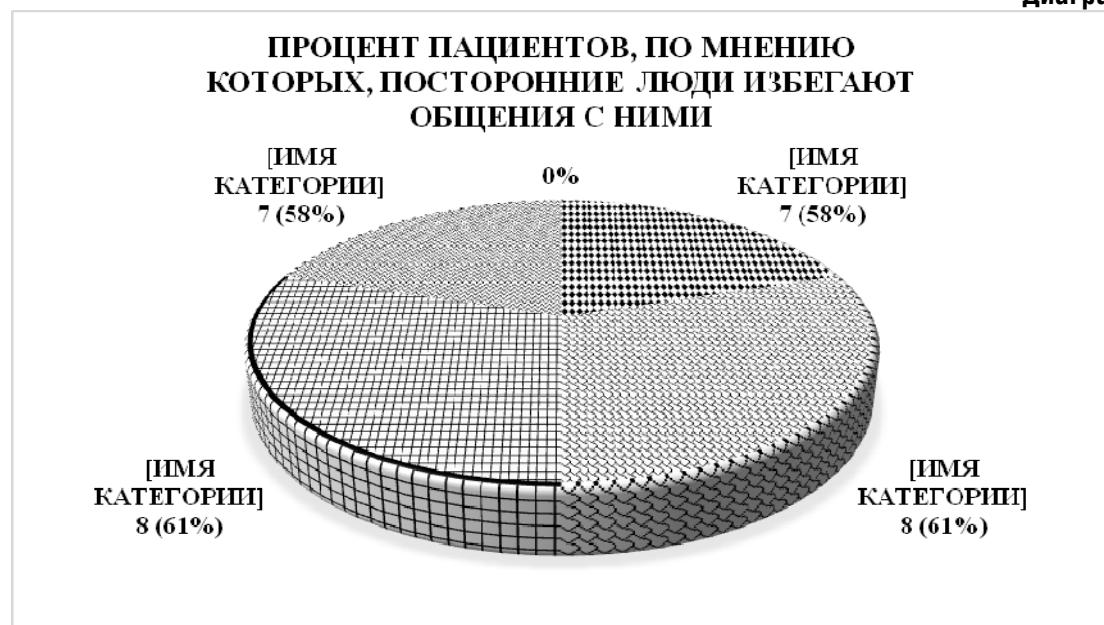
Диаграмма 4



Но ограничение в общении с людьми у больных псориазом зависит не только от их собственного желания. По мнению пациентов, незнакомые люди также пытаются избегать общения с ними. Диаграмма № 5 показывает процент людей, счи-

тающих, что из-за состояния их кожи, люди реже общаются с ними или стараются избегать. Более остро принимают этот факт пациенты зрелого и среднего возраста, чем пациенты молодой и пожилой возрастных групп.

Диаграмма 5



Из вышепредставленных данных нетрудно предположить, что пациенты с псориазом ограничены не столько в бытовой, сколько в социальной активности, у них сильно выражено чувство одиночества, этот критерий представлен в ди-

аграмме №6. Пациенты молодой I и зрелой II групп чувствуют себя более одинокими, чем лица III группы. Пациенты пожилой IV группы не считают себя одинокими.

Диаграмма 6



Из диаграммы № 7 можно увидеть, что большие проблемы в отношении карьеры имеют молодые люди (I возрастная группа), которым

сложнее найти работу из-за состояния кожи, чем пациенты II, III, IV групп.

Диаграмма 7



## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Ограничение активности во время рабочего/учебного процесса также в большей мере испытывают лица молодого возраста в 30,5%, что значительно больше, чем в других возрастных группах. Приходится испытывать неудобства при занятиях спортом 31,1% I группы, 22,9% II группы, 26,2% III и меньше всего лицам IV группы - 19,6%. Влияние на внешний вид заболевание значительно оказало у лиц молодого возраста - 29,7% пришлось изменить стиль одежды, прическу, а в меньшей степени у пожилых людей – 17%. Испытывают неловкость из-за состояния кожи 25,8% людей молодого возраста (I), 21,5% зрелого возраста (II), 24,7% среднего возраста (III) и 27,9% пожилого возраста (IV), причем по 27,5% больных II и IV группы испытывают неприязнь со стороны знакомых и малознакомых людей. 30% лиц I и III возрастных групп избегают посещения общественных мест.

Добросовестно к лечению заболевания (следуют назначенному лечению, соблюдают диету) подходят

28,9% пациентов молодого возраста, 25% зрелого, 22,3% среднего, 23,6% пожилого возраста. Однако, готовы отказаться от вредных привычек, потому что они усугубляют заболевание, в большей степени люди молодого возраста (33%), в меньшей мере пожилые люди (20%). Пришлось поменять рацион в связи с заболеванием всем возрастным группам в равном количестве процентов.

Важность излечения от заболевания в большей степени выделяют пациенты I группы (26,5%) и III группы (27,7%). Однако, раздражает факт, что лечению кожи уделяется очень много времени, по 25% I и IV, 22,5% I, 27,5% III возрастную группу. Постоянно испытывают злость и раздражение из-за состояния кожи 34,4% пациентов средней возрастной группы, тогда как другие возрастные группы не испытывают эти эмоции.

Также нами была выявлена взаимосвязь между развитием коморбидных состояний при псориазе и возрастом исследуемых (Диаграммы № 8-12).

Диаграмма 8

**Молодой возраст 18-29**

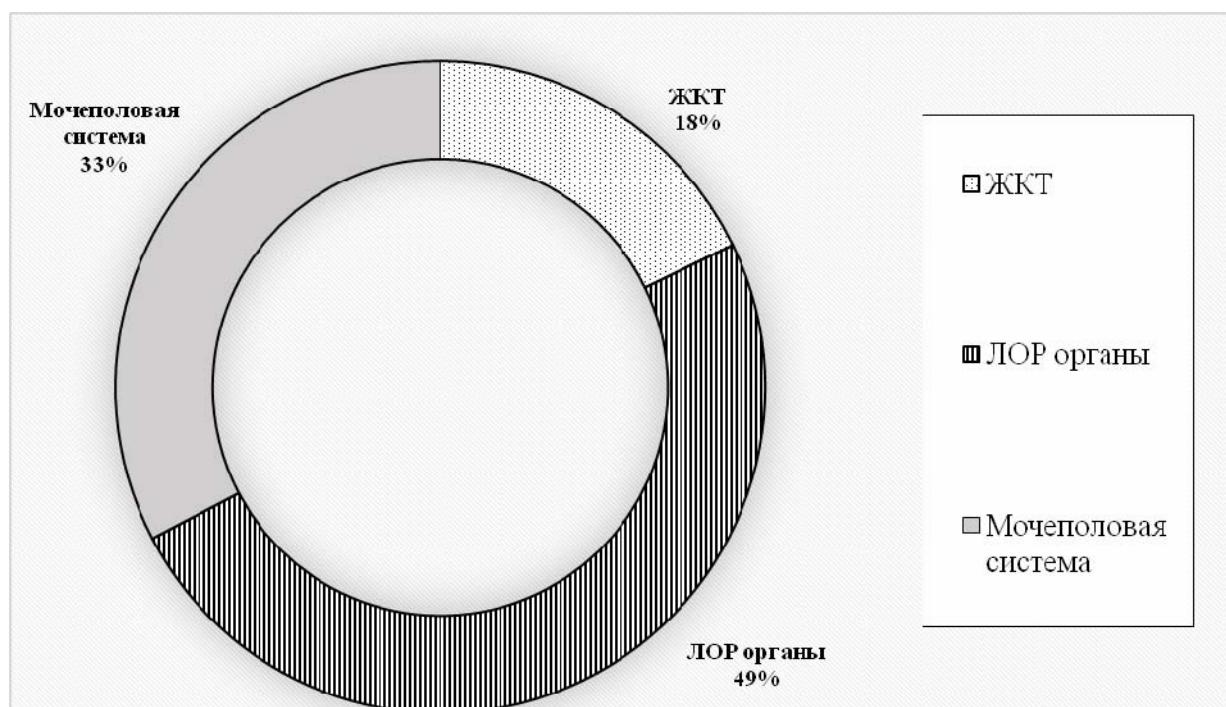


Диаграмма 9

*Зрелый возраст 30-44*

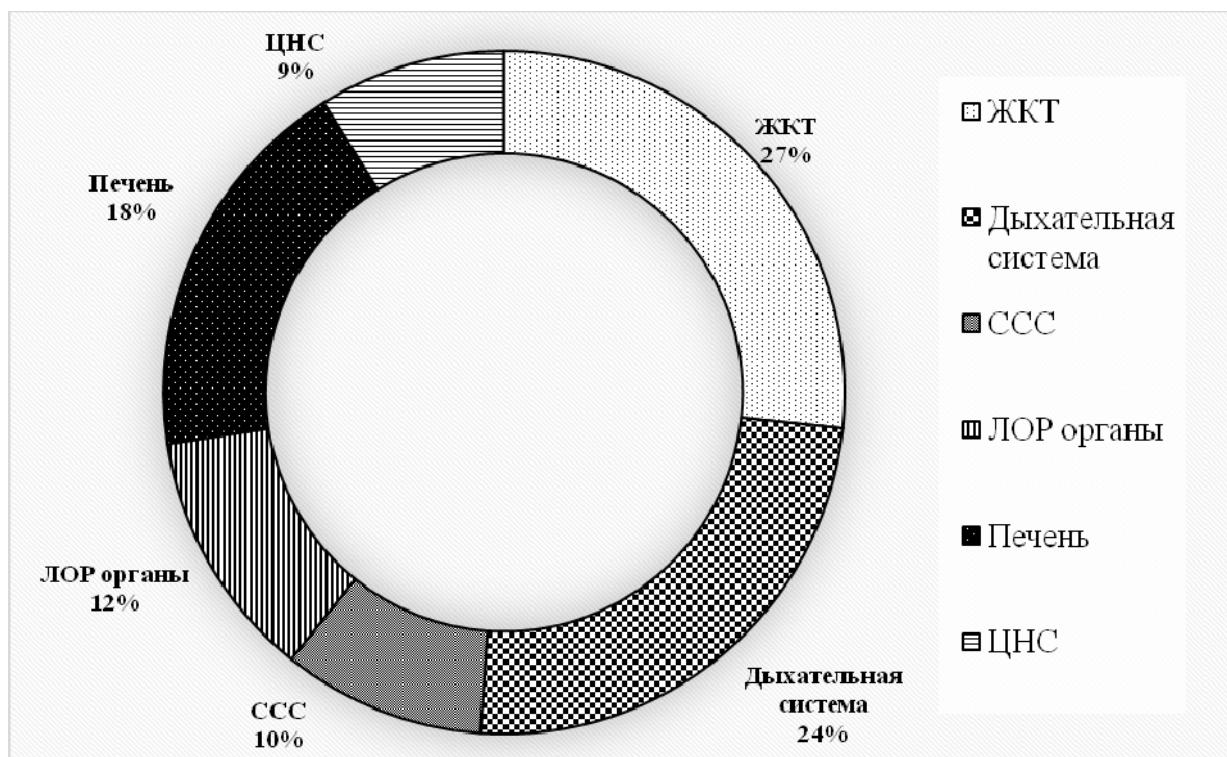
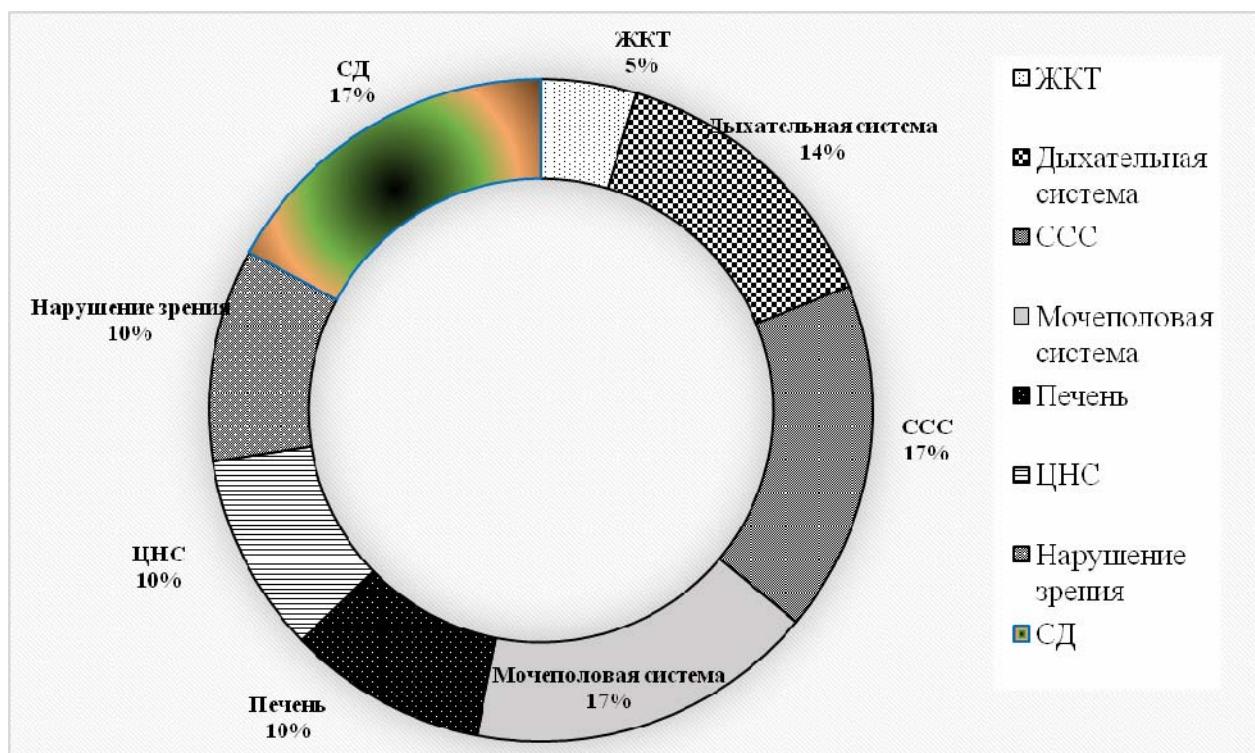
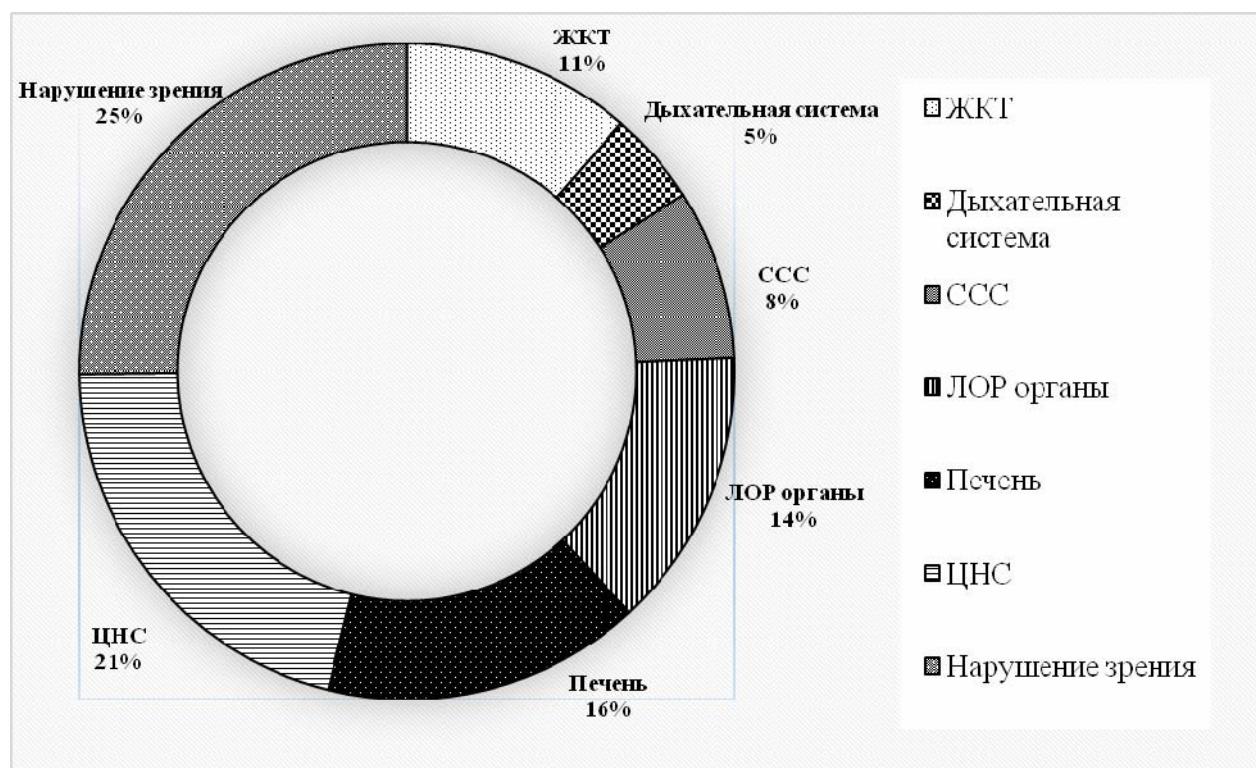


Диаграмма 10

*Средний возраст 45-59*



**Пожилой возраст 60-74**



Можно отметить, что рост заболеваемости и количество пораженных систем растет с увеличением возраста больных. Так, пациентов молодого возраста чаще беспокоят заболевания ЖКТ, мочеполовой системы, ЛОР органов. С увеличением возраста добавляются поражения ССС, дыхательной системы, заболевания печени. В среднем и пожилом возрасте растёт процент патологии ССС, присоединяются заболеваний нервной системы, поражаются органы зрения. 72% всех опрошенных считают, что их жизнь станет лучше после выздоровления, 24% не знают, что ждёт их после выздоровления, 4% не видят себя счастливыми после излечения.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование качества жизни больных псориазом, основанное на их субъективном восприятии показало, что ряд ограничений, связанных с наличием дерматоза (сложности с работой, ограничение в быту, общение с людьми и др.), значительно снижают качество жизни и способствуют формированию психосоматических нарушений. Для оптимизации лечебно-диагностического процесса при оказании помощи больным псориазом

необходимо оценивать тяжесть заболевания не только по индексу PASI, но и проводить динамическую оценку качества жизни больного с учётом степени влияния заболевания на снижение показателей качества жизни. Рекомендуется создание для пациентов групп поддержки и взаимопомощи, в работу которых должен обязательно включаться психолог.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Довжанский С.И. Качество жизни – показатель состояния больных хроническими дерматозами / Довжанский С.И. // Вестник дерматологии и венерологии 2001; (3) – С. 12 – 13.
2. Знаменская Л.Ф. Заболеваемость и распространенность псориаза в Российской Федерации / Знаменская Л.Ф., Мелехина Л.Е., Богданова Е.В., Минеева А.А. // Вестник дерматологии и венерологии 2012 (5) - С. 20 – 24.
3. Хобейш М.М., Мошкович И.А., Соколовский Е.В. Псориаз. Современные методы лечения. СПб: Сотис; 1999.
4. Минеева А.А. Результаты изучения генетических факторов предрасположенности к псориазу среди населения Российской Федерации

- 
- ции / Минеева А.А., Кожушная О.С., Знаменская Л.Ф. и др. // Вестник дерматологии и венерологии 2013 (5)- С. 89.
5. Новик А.А., Ионова А.И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: «Элби»; 1999.
  6. Новицкая, Н.Н. Качество жизни и псориаз: психологические аспекты / Новицкая, Н.Н., Якубович А.И. // Сибирский медицинский журнал 2008 (2)- С. 8 – 13.
  7. Evers A.W., Lu Y., Duller P. et al. Common burden of chronic skin diseases? Contributors to psychological distress in adults with psoriasis and atopic dermatitis// British Journal of Dermatology Vol. 152 (6) - P. 1275-1281.
  8. Дмитрук В.С., Левицкий Е.Ф., Дмитрук С.Е. Физические и природные факторы терапии псориаза. Томск: Изд-во НТЛ; 2003.
  9. Федоров С.М. Псориаз: клинические и терапевтические аспекты / Федоров С.М. // Русский медицинский журнал 2001 (11)- С. 44 – 51.
  10. Павлова О.В. Новые аспекты патогенетической терапии псориаза / Павлова О.В. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005 (6) – С. 36-39.
  11. Короткий Н. Г. Первый опыт применения анти-ФНО (ремикейд) при лечении тяжело протекающего псориаза / Короткий Н. Г. // Вестник дерматологии и венерологии 2003 (4) - С. 35-39.
  12. Langley R.G.B, Krueger G.G., Griffiths C.E.M. Psoriasis: epidemiology, clinical features, and quality of life. Annals of the rheumatic diseases 2005. Vol. 64. - P. 18-23.
  13. Zaghloul S.S., Goodfield M.J. Objective assessment of compliance with psoriasis treatment // Archives of Dermatology 2004. Vol. 140(4)- P. 408–414
  14. Kurd S. K. The risk of depression, anxiety, and suicidality in patients with psoriasis: a population-based cohort study / S.K. Kurd, A. B. Troxel, P. Crits-Christoph // Archives of Dermatology 2010. Vol. 14(8)- P. 891-895.
  15. Gelfand J.M., Feldman S.R., Stern R.S [et al.] Determinants of quality of life in patients with psoriasis: a study from the US population. Journal of the American Academy of Dermatology 2004. Vol. 51(5)- P. 704-708.

УДК 616.523: 618.1

В.О. Иванова, Е.М. Людвиг, В.А. Варламова

# СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ НАРУШЕНИЙ В ПСИХО-ЭМОЦИОНАЛЬНОЙ СФЕРЕ У ПАЦИЕНТОВ С ПАПИЛЛОМАВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЕЙ И ГЕНИТАЛЬНЫМ ГЕРПЕСОМ

Ivanova V.O., Lyudvig E.M., Varlamova V.A.

## THE COMPARATIVE ANALYSIS OF DISORDERS IN THE PSYCHOEMOTIONAL SPHERE IN THE PATIENTS WITH PAPILLOMAVIRUS INFECTION AND GENITAL HERPES

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Российская Федерация, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Иванова Валерия Олеговна – студентка 605 группы ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Варламова Валерия Александровна – студентка 619 группы ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Людвиг Елена Михайловна – студентка 605 группы ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО  
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

### РЕЗЮМЕ

Проведен сравнительный анализ распространенности психо-эмоциональных нарушений пациентов с генитальным герпесом и папилломавирусной инфекцией путем анонимного анкетирования пациентов ЧОККВД. Учитывались гендерные различия, а также такие факторы, как продолжительность заболевания, семейное положение, частота рецидивов. В ходе исследования выявлено, что пациенты с генитальным герпесом испытывают больше сложностей в личных отношениях, проблем с самооценкой и общением, а пациенты с папилломавирусной инфекцией чаще испытывают раздражение, злость и депрессию в связи со своим заболеванием. Среди женщин больший процент обеспокоен влиянием заболе-

вания на здоровье будущего потомства, чем среди мужчин. Большинство анкетируемых пациентов отметили снижение качества жизни.

**Ключевые слова:** генитальный герпес, папилломавирусная инфекция, психо-эмоциональные нарушения, депрессия, снижение качества жизни.

### ABSTRACT

We analyzed the prevalence of psycho-emotional disorders in patients with genital herpes and human papillomavirus infection using the anonymous questionnaire. Gender differences, different factors such as the duration of the disease, marital status, relapse rate were taken into account. The study showed, that the patient with genital herpes experience more difficulties in personal relationships, problems with self-esteem and communication, and patients with papillomavirus infection often experience irritation, anger and depression because of their illness. A greater percentage of women is concerned about the import of the disease on future children health than men. The majority of respondents reported a decreased quality of life.

**Keywords:** Genital herpes, papillomavirus infection, psycho-emotional disorders, depression, decreased quality of life.

## АКТУАЛЬНОСТЬ

Генитальный герпес и вирус папилломы человека (ВПЧ) относятся к наиболее распространенным вирусным инфекциям человека, представляя многогранную медико-социальную проблему [11]. Серьезной задачей, с которой нередко сталкиваются врачи, занимающиеся герпес-вирусной инфекцией, является психологическая и социальная дезадаптация пациентов. Высокая неконтролируемая частота обострений, постоянное пребывание в состоянии ожидания рецидива приводят к развитию у больных эмоционального дискомфорта, что в свою очередь провоцирует учащение рецидивов и ухудшение физического и психологического состояния [12]. Риск возникновения ВПЧ-индуцированного канцерогенеза обуславливает психо-эмоциональные нарушения у лиц, инфицированных ВПЧ.

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Провести сравнительный анализ психо-эмоциональных нарушений в гендерном аспекте среди паци-

ентов с генитальным герпесом и папилломавирусной инфекцией.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

За период с ноября 2016 года по март 2017 года проведено анонимное анкетирование 36 пациентов ЧОККВД с заболеваниями генитальный герпес и ВПЧ (21 и 15 человек соответственно). Среди больных генитальным герпесом мужчины составили 42,9% опрошенных, женщины 57,1%. Группу опрошенных с заболеванием ВПЧ составили 66,7% мужчин и 33,3% женщин. Статистический анализ выполнен с помощью программы SPSS Statistics.

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Все исследуемые пациенты относятся к группе больных с относительно неблагоприятным течением заболевания. Распределение больных по критериям тяжести течения заболевания отражено в таблице 1.

Критерии	Генитальный герпес		ВПЧ	
	Мужчины	Женщины	Мужчины	Женщины
Длительность до 1 года	(n-4) 44,4%	(n-3) 25%	(n-7) 70%	(n-2) 40%
Длительность от 1 до 5 лет	(n-3) 33.3%	(n-3) 30%	(n-3) 30%	(n-2) 40%
Длительность более 5 лет	(n-2) 22.2%	(n-5) 41.7%	-	(n-1) 20%
Экстрагенитальная локализация	(n-6) 66.7%	(n-4) 33.3%	(n-1) 10%	-
Частота рецидивов 1-4 в год	(n-3) 33.3%	(n-8) 66.7%	-	
Частота рецидивов 5 и более в год	(n-6) 66.7%	(n-4) 33.3%	-	

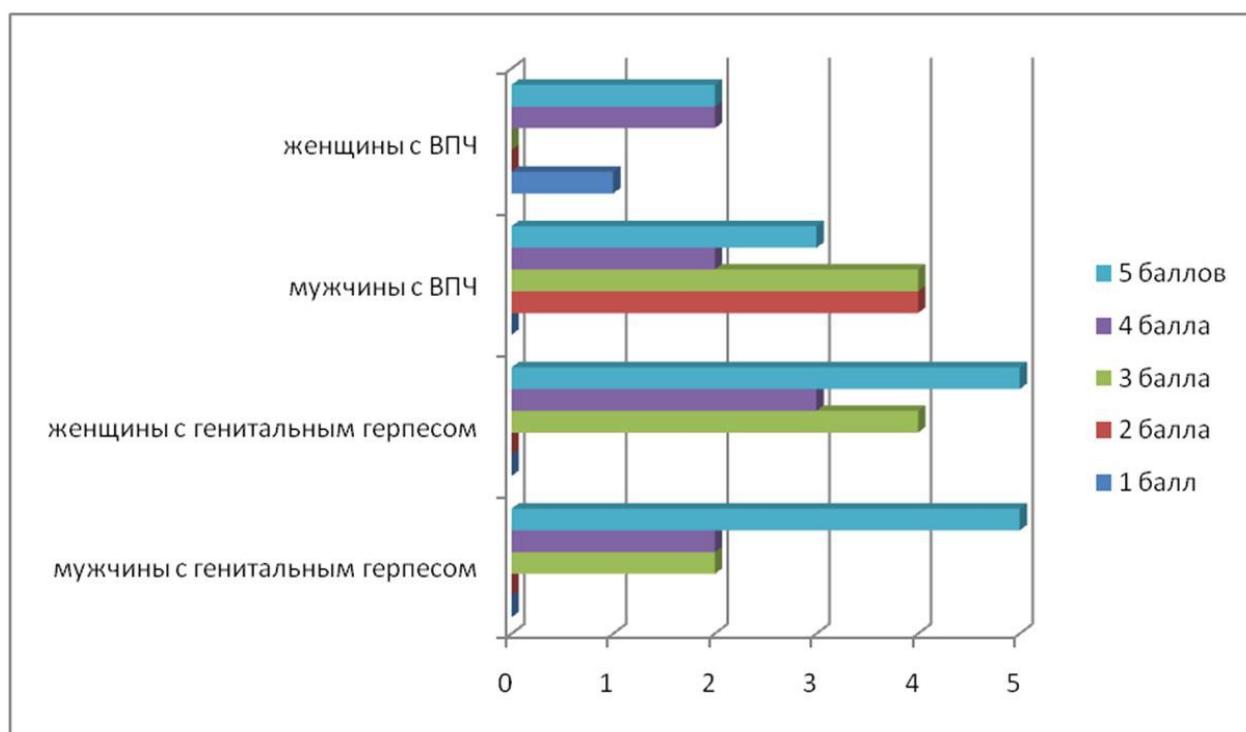
**Таблица 1. Распределение больных по критериям тяжести течения заболевания**

Длительное течение заболевания, мультифокальная распространенность, частые рецидивы формируют в общей клинической картине заболевания, выраженные психические расстройства,

что значительно дезадаптирует больного в социальном плане [1]. Выраженность беспокойства пациентов своим заболеванием представлена на диаграмме 1.

Диаграмма 1

*Выраженность беспокойства по 5-балльной шкале у больных генитальным герпесом и ВПЧ*



Злость и раздражение из-за заболевания ВПЧ испытывают всегда 40% женщин, часто – 10% мужчин и 40% женщин, редко – 70% мужчин и никогда не раздражаются из-за своего заболевания 20% мужчин и женщин.

Выявление корреляционных связей между рецидивами генитального герпеса и факторами, которые могут являться триггерами обострения, позволяет своевременно проводить профилактику эпизодической супрессивной терапией. Фактором, провоцирующим обострения у мужчин, явился стресс в процессе трудовой деятельности. Женщины выделили, как фактор, стресс и острые респираторные заболевания.

В настоящее время установлено, что при патологии шейки матки из цервикального канала осуществляется трансмиссия микроорганизмов в матку, при этом инфицируются плодные оболочки, воды, плод, вследствие чего возникают осложнения беременности, родов, и перинатального периодов [4,9]. У женщин с папилломавирусной инфекцией выражено беспокойство о будущем в 40% случаев. Пациентки информированы о влиянии инфекции на беременность и обеспокоены этой проблемой в 100% случаев, 60% из них отмечают тревогу. Профилактические осмотры с частотой 1-2 раза в год посещают только 40% опрошенных женщин. Проведено ВПЧ-типовирование

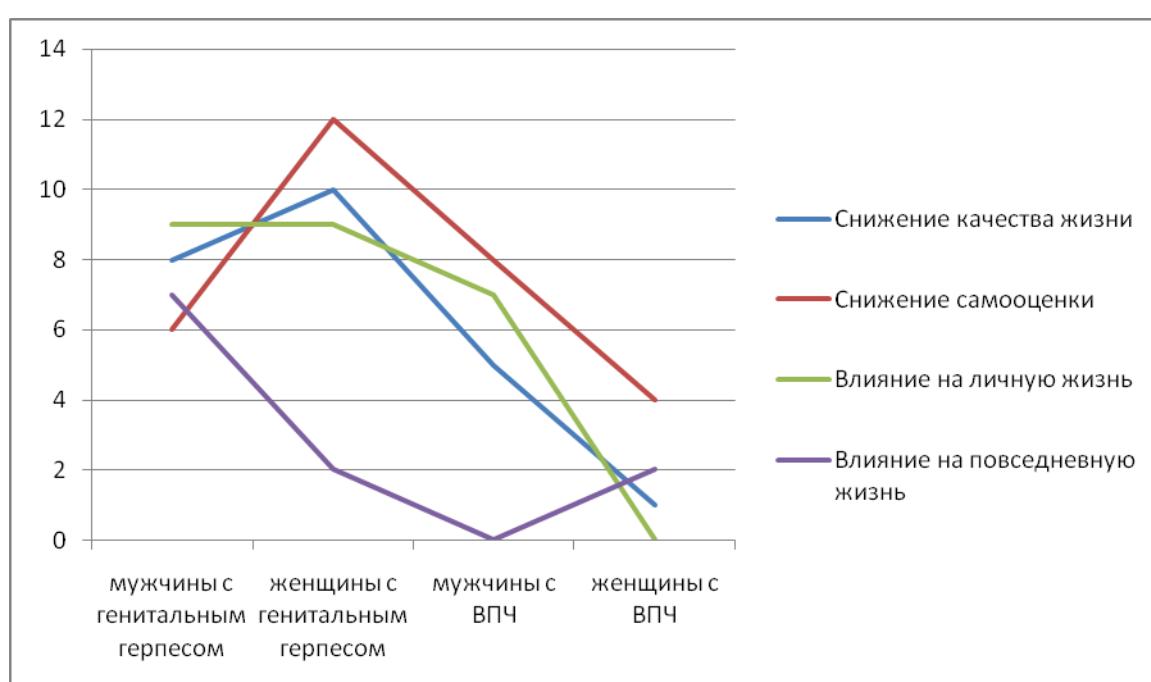
40% женщин ВПЧ, у половины из них выявлены типы высокого онкогенного риска, у остальных зарегистрированы типы среднего онкогенного риска. У женщин с генитальным герпесом также существуют опасения, что инфекция может обусловить проблемы с беременностью, родами и создать угрозу передачи инфекции новорожденному. Появление частых рецидивов заболевания нередко вынуждает пациенток откладывать беременность на продолжительный срок в надежде наступления благоприятного периода для зачатия [2]. 66,7% пациенток с генитальным герпесом обеспокоены влиянием заболевания на течение последующих беременностей.

Другим фактором формирования психологического дискомфорта пациентов являются опасения инфицировать своих партнеров. Опрошенные мужчины с генитальным герпесом информировали своего полового партнера в 88,8% случаев, женщины – в 100% случаев. Недостаточная информированность партнеров больных ВПЧ (60%). Осведомленность пациентов в вопросах профилактики генитальным герпесом на низком уровне. Не знают о бессимптомном вирусовыделении 77,8% опрошенных мужчин и 66,7% женщин. Во время обсуждения бессимптомного выделения важно не создать у пациентов постоянного чувст-

ва контагиозности. Постоянное отслеживание симптомов проромального периода может привести к развитию невротического состояния. Регулярное использование барьерных средств предохранения при половых контактах дает более значительную защиту [1,7,10]. Барьерный метод контрацепции используют 22,2% мужчин и 25%

опрошенных женщин с генитальным герпесом, 50% опрошенных мужчин с ВПЧ и 63% женщин.

95,9% обследуемых удовлетворены качеством предоставленной им медицинской помощи. Женщины в 75% случаев добросовестно подходят к лечению заболевания, мужчины в 55,6% случаев не привержены лечению.



**Рис. 1. Выраженность психологического урона у больных генитальным герпесом и ВПЧ**

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ И ВЫВОДЫ

1. Уровень сознательности по отношению к заболеванию у мужчин значительно меньше, чем у женщин. Выраженность психо-эмоциональных нарушений у мужчин несколько выше, чем у женщин. 2. Качество жизни снижено у больных генитальным герпесом и ВПЧ, но влияние на повседневную жизнь более выражено у больных генитальным герпесом в отличии от больных ВПЧ (рис.1.). 3. Прослеживается четкая корреляция выраженности психологического урона с длительностью, тяжестью течения заболевания и его распространенностью. 4. Вопросы планирования беременности при заболеваниях генитальный герпес и ВПЧ для женщин очень значимы, являются предметом особого беспокойства при заболевании ВПЧ.

На наш взгляд, обладание пациентом достаточной информацией о своем заболевании и психологическая поддержка больных генитальным герпесом и ВПЧ являются залогом успешного претворения в жизнь рекомендаций врача.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александер, Л. Сотрудничество врача и пациента в лечении генитального герпеса/Линда Александер, Барбара Найсбетт // Обмен опытом-С.68-73.
2. Вирус папилломы человека (ВПЧ) и рак шейки матки / Информационный бюллетень № 380, Март 2015 г.
3. Вирус простого герпеса / Информационный бюллетень / Январь 2017 г
4. Львов, А.Н. Психосоматические и психореабилитационные аспекты рецидивирующего простого герпеса / А.Н.Львов, А.А.Халдин, О.Л. Иванов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – №1, приложение: Герпес. – С. 25-28.
5. Мелконян, Г.З. Папилломавирусная инфекция у мужчин / Г.З. Мелконян, Э.Н. Согрин, Р.Г. Алборов / Андрология и генитальная хирургия. – 2009. – №2, С.159-192.
6. Рахматулина, М. Р. Половозрастная, социальная характеристики и клинические особенно-

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- сти папилломавирусной инфекции у пациентов медицинских организаций дерматовенерологического профиля / М.Р. Рахматулина, Н.В. Большенко // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2014. – Том 8, №1. – С. 34-39.
7. Шульженко, А.Е. Психосоциальные аспекты генитальной герпес-вирусной инфекции / А.Е. Шульженко, И.Н. Зуйкова // Клиническая дерматология и венерология. – 2015, № 3. – С.29-36.
8. Cunningham, F.G. Williams obstetrics / F.G. Cunningham [et al.] // 22-th. Edition. – N.Y. – Toronto. – 2005. – P. 1264–1266.
9. Roberts C. Genital herpes in young adult: changing sexual behaviours, epidemiology and management. Herpes. – 2005. Jun. № 12 (1). – P. 10-14.
10. Walboomers J. M., Jacobs M. V., Manos M. M., Bosch F. X. At all. Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J. Pathol. – 1999. –189. – P. 12-19.
11. Абрамовских О.С. Иммунологические аспекты патогенеза папилломавирусной инфекции репродуктивного тракта женщин / Абрамовских О.С., Телешева Л.Ф., Летяева О.И., Савочкина А.Ю., Орнер И.Ю., Батурина И.Л., Мезенцева Е.А. // Иммунопатология, аллергология, инфектология. – 2012. № 2. – С. 95-101.
12. Летяева О.И. Клинико-микробиологическое обоснование комплексной терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта негонококковой этиологии у женщин репродуктивного возраста / Летяева О.И., Долгушин И.И. // Акушерство и гинекология. – 2013. – № 6. – С. 60-64.

УДК 618.3-06:618.14-022.7-002

Шишкова Ю.С.<sup>1</sup>, Долгушина В.Ф.<sup>1</sup>, Графова Е.Д.<sup>1</sup>, Завьялова С.А.<sup>2</sup>,  
Липская А.Д.<sup>1</sup>, Евстигнеева Н.П.<sup>3</sup>.

## **ОСОБЕННОСТИ МАТРИКССИНТЕЗИРУЮЩЕЙ СПОСОБНОСТИ И ВИДОВОГО СОСТАВА ЛАКТОФЛОРЫ ГЕНИТАЛЬНОГО ТРАКТА ЖЕНЩИН В I ТРИМЕСТРЕ БЕРЕМЕННОСТИ В УСЛОВИЯХ ГЕНИТАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ**

Shishkova Y.S., Dolgushina V.F., Grafova E.D., Zavyalov S.A.,  
Lipsky A.D., Evstigneeva N.P.

### **PECULIARITIES OF MATRIX SINTEASING ABILITY AND SPECIES OF LACTO FLORA OF THE GENIAL TRACT OF WOMEN IN THE 1<sup>ST</sup> TRIMESTER OF PREGNANCY IN CONDITIONS OF GENITAL INFECTION**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации,  
г. Челябинск, Российская Федерация, 454092

<sup>2</sup> Женская консультация МБУЗ ГКБ №5 г. Челябинск, Российская Федерация, 454041

<sup>3</sup> ГБУ СО «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии  
и иммунологии» Министерства здравоохранения Свердловской области,  
г. Екатеринбург, Российская Федерация, 620076

Шишкова Юлия Сергеевна - доктор медицинских наук, профессор кафедры Микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России 454092, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, shishkova\_yulia@mail.ru

Долгушина Валентина Федоровна - доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой Акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России 454092, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, dolgushinavf@yandex.ru

Графова Елена Дмитриевна - очный аспирант кафедры Акушерства и гинекологии ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России 454092, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, grafovaed@yandex.ru

Завьялова Светлана Александровна - заведующая женской консультацией МБУЗ ГКП №5, 454041, Российская Федерация, г. Челябинск, Комсомольский пр., 36а, zmih2@mail.ru

Липская Анастасия Дмитриевна - старший лаборант кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики ФГБОУ ВО ЮУГМУ Минздрава России 454092, Российская Федерация, г. Челябинск, ул. Воровского, 64, microgoddess@mail.ru

Евстигнеева Наталья Петровна - доктор медицинских наук, заведующая научного экспериментально-лабораторного отдела ГБУ СО «УрНИИД-ВИ», Екатеринбург, 620076, Щербакова,8, evstigneeva-pr@yandex.ru

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО  
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

## РЕЗЮМЕ

Цель: Выделить чистые культуры лактобактерий из влагалища женщин в I триместре беременности с генитальной инфекцией, определить их видовой состав и способность к образованию биопленки *in vitro*.

Материалы и методы: проведено клинико-лабораторное обследование 38 женщин в I триместре беременности, включающее оценку микробного пейзажа влагалища, масс-спектрометрическое исследование культур лактобактерий и оценку их способности к образованию биопленки.

Результаты: В зависимости от состояния микробиоценоза были выявлены особенности видового разнообразия лактобактерий, так при нормоценозе нами было определено преобладание *L.jensenii*, однако при инфекционном процессе лидирующие позиции занимали *L.acidophilus* и *L.delbrueckii*. Все выделенные лактобактерии обладали матрикссинтезирующей способностью *in vitro*, при этом у штаммов, выделенных из влагалища беременных женщин с генитальной инфекцией, показатели биопленкообразования были максимальными.

Заключение: Установлено, что у женщин с генитальной инфекцией изменяется видовой состав лактобактерий влагалища и повышается их способность к биопленкообразованию.

**Ключевые слова:** лактобактерии, биопленкообразование, масс-спектрометрия, генитальные инфекции, I триместр беременности.

## ABSTRACT

The aim: to isolate *Lactobacillus* strains from a woman vaginal specimen in the first trimester of pregnancy, to identify this *Lactobacillus* and to determine its capability to form *in vitro* biofilm. Materials and methods. The clinical and laboratory examination of 38 pregnant women in the first trimester, including microbiocenosis analysis, mass spectrometry identification of *Lactobacilli* and its biofilm formation was conducted.

Results. Features of *Lactobacillus* species depend on vaginal microbiota. Thus within normal microbiocenosis we detected *L.jensenii* domination, but in case of vaginal infections *L.acidophilus* and *L.delbrueckii* took the lead were maximal.

Conclusion. All isolated *Lactobacillus* were able to form *in vitro* biofilms, though strains isolated from women with genital infections had maximal value.

**Keywords:** *Lactobacillus*, biofilm formation, mass-spectrometry, genital infection, first trimester of pregnancy.

## ВВЕДЕНИЕ

Лактобактерии влагалища, как доминирующий, вид обеспечивают его колонизационную резистентность. В литературе встречаются исследования, направленные на изучение видового состава влагалищной микробиоты различными методами [1,3]. В условиях современных методов лабораторного исследования важное значение приобретает молекулярная диагностика. В настоящее время с помощью молекулярно-биологических технологий (ПЦР-РВ), а также времепролетной масс-спектрометрии установлено, что у женщин во влагалище могут быть определены более 10 видов лактобактерий, при этом доминирующими являются *L.crispatus*, *L.gasseri*, *L.jensenii*, *L.vaginalis* [1-4]. Были отмечены различия в преобладании видов лактобактерий у женщин фертильного возраста с нормофлорой и при генитальной инфекции, а также во II и III триместрах беременности [1,3-4]. Имеются данные о способности лактобактерий образовывать биопленки как *in vivo* [6], так и *in vitro* [5], при этом данная особенность зависит от условий проведения эксперимента и вида лактобактерий. Однако, до сих пор остается не ясным изменение качественного и количественного состава, особенности биопленкообразования лактофлоры у женщин в раннем периоде беременности в условиях генитальной инфекции.

## ЦЕЛЬ

Определить особенности матрикссинтезирующей способности и видового состава культивируемой лактофлоры генитального тракта женщин в 1 триместре беременности в условиях генитальной инфекции

**Материалы и методы.** Проведено клинико-микробиологическое обследование 50 беременных женщин в первом триместре беременности. Все женщины подписывали добровольное информированное согласие на исследование. В день исследования проводилось гинекологическое обследование и взятие отделяемого влагалища стерильным вискозным тампоном в пробирку с транспортной средой Amies (Италия), материал доставлялся в лабораторию в течение 1 часа в соответствии с правилами сбора и доставки биоматериалов [Техника сбора и транспортирования биоматериалов в микробиологические лаборатории: метод. указания: утв. гл. санитар. врачом РФ 23.12.2005 № 4.2.2039-05]. Для оценки состояния микробиоценоза материал подвергался молекулярно-биологическому исследова-

нию с помощью системы «Фемофлор 16», НПО ДНК- технология. Первичный посев для получения культур лактобактерий проводился на 5% кровяной агар. В исследование вошли 38 женщин, у которых отмечался рост лактобактерий на питательной среде. Масс-спектрометрическое исследование лактобактерий осуществлялось на анализаторе VITER VS методом MALDI – TOF на базе ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России, г. Екатеринбург, с последующей интерпретацией результатов с использованием базы данных VITEK MS. Для определения способности лактобактерий к образованию биопленок суточные культуры суспензировали в среде MPC в концентрации микроорганизмов  $10^5$  КОЕ/мл и вносили по 100 мкл в лунки стерильного пластикового планшета для иммуноферментного анализа. Инкубировали при  $37^\circ\text{C}$  48 часов, затем содержимое лунок удаляли и трехкратно отмывали забуференным физиологическим раствором. Далее в каждую лунку вносили 1% спиртовой раствор фуксина, в течении 20 минут инкубировали при комнатной температуре. Краситель удаляли и проводили трёхкратное промывание лунок забуференным физиологическим раствором. Для экстракции красителя из биоплёнки использовали 96% этиловый спирт. Учет осуществляли на микропланшетном фотометре Anthos 2020 при длине волн 492 нм. Количественной оценкой степени образования био-

пленки были значения оптической плотности. Полученные результаты в тексте представлены в виде медианы, 25 и 75 квартилей подвергали статистической обработке с помощью программного пакета Statistica 6.0.

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ

На основании проведенного клинико-микробиологического исследования у 28 беременных женщин из 38, включенных в исследование, были выявлены признаки генитальной инфекции: у 15 из них были признаки воспаления слизистой влагалища и/или шейки матки (1 группа), а у 13 пациенток - признаки бактериального вагиноза или дисбиоценоза влагалища (2 группа). В контрольную группу вошли 10 беременных женщин без признаков воспалительного процесса нижнего отдела генитального тракта, у которых на основании клинико-лабораторных данных было установлено состояние нормоценоза влагалищного биотопа.

В результате проведенного масс-спектрометрического анализа выделенных лактобактерий были определены особенности их видового состава в зависимости от наличия генитальной инфекции в раннем периоде беременности (таблица 1).

	<i>L.jensenii</i>	<i>L.crispatus</i>	<i>L.acidophilus</i>	<i>L.helvet</i>	<i>L.plantarum</i>	<i>L.delbrueckii</i>
1 группа, n=15, (%)	6,7	-	73,3	-	-	20
2 группа, n=13, (%)	23	-	38,5	-	-	38,5
Контрольная группа, n=10, (%)	50	10	20	10	10	-

**Таблица 1. Видовая идентификация штаммов лактобактерий методом масс-спектрометрии.**

Так при у женщин контрольной группы доминирующими явились *L.jensenii* (в 50% случаев), в 20% выявлены *L.acidophilus*, реже *L.helvet* и *L.plantarum*; при дисбиоценозах влагалища (2 исследуемая группа) *L.jensenii* выявляется в 2 раза реже (23% случаев), при этом встречаемость *L.acidophilus* и *L.delbrueckii* (38,5 % в обоих случаях) повышалась. При воспалительном процессе в

нижнем отделе генитального тракта беременных женщин в первом триместре (1 исследуемая группа) преобладающим видом явились *L.acidophilus* (73,3% случаев), в каждом пятом случае определялись *L.delbrueckii* и в единичных случаях *L.jensenii*.

У всех выделенных лактобактерий были проведены исследования по определению биопленкообра-

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

разующей активности *in vitro*. Так, показатель оптической плотности экстрагированного красителя из биопленки лактобактерий контрольной группы пациенток составил 0,164 (0,160...0,170). При генитальной инфекции этот показатель статистически достоверно увеличивался: в образцах 1 исследуемой группы оптическая плотность составила 0,191(0,170...0,210),  $p_{k-1}=0,006$ , а во 2 группе - 0,174 (0,171...0,180),  $p_{k-2}=0,004$ .

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Генитальная инфекция у женщин в I триместре беременности приводит к изменениям в видовом составе доминантной флоры. При нормоценозе нами было определено преобладание *L.jensenii*, что соответствует литературным данным. Однако при инфекционном процессе лидирующие позиции резидентной флоры занимают *L. acidophilus* и *L. delbrueckii*.

Выделенные культуры лактобактерий обладают способностью к формированию биопленки *in vitro*. Максимальные значения оптической плотности зафиксированы у штаммов, выделенных от пациенток с воспалительными заболеваниями влагалища и/или шейки матки.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мелкумнян А.Р. Видовой состав лактобактерий при различном состоянии микробиоты влагалища у беременных / А.Р. Мелкумян, Т.В. Пряпуневич, А.С. Анкирская и др. // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. -2013. - Т. 15. - №1. - С. 72-79.
2. Евстигнеева Н.П. Микробиота урогенитального тракта пациенток репродуктивного возраста, идентифицированная на основе масс-спектров рибосомальных белков / Евстигнеева Н.П., Аминева П.Г., Герасимова Н.А. [и др.] // Успехи современного естествознания. – 2015. – № 2. – С. 34-39.
3. Шишкова Ю.С. Метод масс-спектрометрия в идентификации лактобактерий / Ю.С. Шишкова, Т.В. Становая, Е.Д. Графова и др. // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2014. – №2. – С. 47-54.
4. Romero. The composition and stability of the vaginal microbiota of normal pregnant women is different from that of non-pregnant women / Romero et al. // Microbiome. - 2014, Vol. – 2, № 4.
5. Leccesse Terraf M.C. Screening of biofilm formation by beneficial vaginal lactobacilli and influence of culture media components /, M.S. Juarez Tomas, M.E.F. Nader-Macias [et al.] // Journal of Applied Microbiology. - 2012. Vol – 113. P. 1517-1529.
6. Ventolini G. Update on Vaginal Lactobacilli and Biofilm Formation. J. Bacteriol Mycol. – 2014. Vol. 1, №1, P.2

УДК 616.314-089.11-06:616.314-008.17-085.847.8

Шишкова Ю.С.<sup>1</sup>, Филимонова О.И.<sup>1</sup>, Даровских С.Н.<sup>2</sup>, Головин Н.С.<sup>1</sup>, Липская А.Д.<sup>1</sup>

# **МИКРОБИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ПАРОДОНТИТА У ЛИЦ С НЕСЪЕМНЫМИ ОРТОПЕДИЧЕСКИМИ КОНСТРУКЦИЯМИ В ПОЛОСТИ РТА С ПОМОЩЬЮ СЛОЖНОМОДУЛИРОВАННОГО ЭЛЕКТРОМАГНИТНОГО ИЗЛУЧЕНИЯ**

Shishkova Y.S., Filimonova O.I., Darovskikh S.N., Golovin N.S., Lipsky A.D.

## **MICROBIOLOGICAL EVALUATION OF THE EFFICIENCY OF CHRONIC PERIODONTITIS IN PERSONS WITH UNSTREAMING ORTHOPEDIC DESIGN IN THE ORAL CAVITY WITH THE HELP OF THE COMPLEX MODULATED ELECTROMAGNETIC RADIATION**

<sup>1</sup> ФГБОУ ВО «Южно-Уральский Государственный Медицинский Университет»,  
г. Челябинск, Россия.

<sup>2</sup> ФГАОУ ВО «Южно-Уральский Государственный Университет  
(Национальный Исследовательский Университет), г. Челябинск, Россия.

---

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО  
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

### **РЕЗЮМЕ**

Проблема заболеваний пародонта среди стоматологических пациентов ортопедического профиля всегда находилась на первых местах. К 35-40 годам 75-80% населения имеет в полости рта различные ортопедические конструкции. Диагноз хронического пародонтита имеется у 90% лиц, использующих несъемные ортопедические конструкции. Т.к. большая часть всех несъемных ортопедических конструкций с опорой на зубы Определена одночными металлическими коронками с керамической облицовкой (далее – металлокерамика, МК), именно они и явились критерием включения в группы исследуемых лиц. Несмотря на то, что проблема лечения хронического пародонтита стоит очень остро, существующие в настоящее время методы лечения не дают

должного результата, либо этот результат нестабилен и недолговременен. В данном исследовании дается микробиологическая оценка эффективности лечения хронического пародонтита у лиц, с металлокерамическими одночными коронками в полости рта.

**Ключевые слова:** Гелиобиология, хронический пародонтит, сложномодулированное электромагнитное излучение.

### **SUMMARY**

The problem of periodontal disease in dental patients of the orthopedic profile was always been in the foreground. By the age 35-40, 75-80% of the population has various oral orthopedic structures in the oral cavity. Diagnosis chronic periodontitis is present in 90% individuals using fixed orthopedic structures. Since most of all fixed orthopedic structures supported by teeth are represented by single metal crowns with ceramic lining (hereinafter - cer-

# ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

met, MK), they are a criterion of inclusion in the studied group. Despite the fact that the problem of chronic periodontitis treating is very acute, modern methods of treatments do not give a proper result, or this result is unstable and not short-lived. This study provides a microbiological evaluation of the effectiveness of chronic periodontitis treatment in people with cermet in the oral cavity.

**Keywords:** heliobiology, chronic periodontitis, low-intensity microwave radiation.

**ЦЕЛЬ:** Исследовать микробиологическую составляющую эффективности лечения хронического пародонтита у лиц, использующих несъемные ортопедические конструкции в полости рта.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для исследования были отобраны 56 пациентов. Критериями выбора являлись:

1. Возраст от 18 до 50 лет.
2. Наличие несъемной ортопедической конструкции в полости рта, сроком установки от 1 до 3 лет.
3. Ортопедическая конструкция – металлокерамическая одиночная коронка с опорой на зуб.
4. Диагноз K05.3 «Хронический пародонтит», зафиксированный в медицинской карте после фиксации конструкции.

Критериями исключения являлись:

1. Патология эндокринной системы
2. Патология сердечно-сосудистой системы
3. Добропачественные и злокачественные новообразования
4. Психиатрические заболевания
5. Заболевания ЦНС.
6. Нарушение краевого прилегания коронки

Таким образом было исключено возникновение хронического пародонтита на фоне общесоматической патологии, либо местных факторов, таких как нарушение краевого прилегания и гиперконтуривание искусственной коронки.

Все пациенты были разделены на две группы: основную и сравнения. В основную группу вошли 29 человек, из них 15 мужчин (51,72%) и 14 женщин (48,28%). В группу сравнения – 27 человек, из них 16 мужчин (59,25%) и 11 женщин (40,75%). Основная группа проходила курс с помощью генератора сложномодулированного низкоинтенсивного микроволнового излучения курсом 7 дней, с интервалом 1 день.

Группа сравнения проходила лечение консервативным методом – местными повязками и аппликациями гелем с антибактериальным и противовоспалительным препаратами. Курс 7 дней, каждый день под контролем специалиста.

Всем пациентам за 48 часов до начала курса лечения проведено снятие мягких и твердых зубных отложений аппаратными методами с помощью ультразвука и пескоструйной обработки. Также был проведен урок гигиены полости рта, обучение правилам и методам чистки зубов, контроль гигиены полости рта.

В ходе исследования пациентам на 1-й, 3-й, 5-й и 7-й дни исследования проводился забор микробиологического материала, путем «мазок-соксоб» из зубодесневого желобка и забор слюны в количестве 1-2 мл.

В микробиологической лаборатории на базе кафедры микробиологии, вирусологии, иммунологии и клинической лабораторной диагностики ФГБОУ ВО «Южно-Уральского Государственного Медицинского Университета» был проведен микробиологический анализ забранного материала с помощью хромогенной питательной среды CHROMagar™ Orientation, а также анализ биопленкообразующей способности выявленных патогенных микроорганизмов

## РЕЗУЛЬТАТЫ

Полученные в ходе исследования данные прошли статистическую обработку и анализ с помощью пакета программ Statistica 6.1. В результате проверки и анализа, данные были признаны достоверно значимыми ( $p<0,05$ ).

В ходе исследования было выявлено присутствие следующих микроорганизмов в полости рта у испытуемых:

- *S. epidermidis* – 28,57%
- *Streptococcus* – 26,79%
- *Enterococcus* – 12,5%
- *S. aureus* – 7,14 %
- *E. coli* – 7,14%
- *S saprophyticus* – 5,36%
- *Klebsiella* -5,36%
- *C.albicans* – 5,36%
- *Proteus* – 1,79%

Основные результаты представлены в таблицах и графиках:

	1 день / Исходное	3 день		5 день		Контроль
Streptococcus	7[6,5-7]	<b>5[5-6]</b>	<b>p=0,0002</b>	<b>5[4-5]</b>	<b>p=0,001</b>	3,5[3-4]
S.Epidermidis	6[6-7]	6[6-6]		<b>4,5[4-5,25]</b>	<b>p=0,01</b>	3[3-3]
Enterococcus spp.	6[6-6]	6[6-6]		6[6-6]		3[3-3]
S. Saprofiticus	6[6-6,5]	<b>4[4-4]</b>	<b>p=0,012</b>	<b>4[4-4,5]</b>	<b>p=0,03</b>	3[2-3,5]
S. Aureus	6[6-6]	<b>4[4-4]</b>	<b>p=0,0008</b>	<b>4,5[4-5,25]</b>	<b>p=0,01</b>	
Klebsiella spp.	7[7-7]	<b>4[4-4]</b>	<b>p=0,003</b>	<b>4[4-4,5]</b>	<b>p=0,03</b>	
Proteus spp.	5[5-5]	4[4-4]		4[4-4]		
E. Coli	6[6-6]	<b>4,5[4-5]</b>	<b>p=0,002</b>	<b>4[4-4]</b>	<b>p=0,002</b>	
C. Albicans	6[6-6,5]	4[4-4]		4[4-4]		

**Таблица 1. Количество микроорганизмов**

	Исх	3 день	5 день	7 день
Боль	33(65%)	28(56%)	<b>23(46%)</b> <b>p=0,04</b>	<b>19(38%)</b> <b>p=0,04</b>
Гиперемия	47(94%)	43(86%)	<b>21(42%)</b> <b>p=0,01</b>	<b>14(28%)</b> <b>p=0,01</b>
Кровоточивость	46(94%)	41(82%)	<b>34(68%)</b> <b>p=0,01</b>	<b>18(36%)</b> <b>p=0,01</b>

**Таблица 2. Проявления симптомов (абсолютное число/процент от общего числа пациентов в группе)**

	1 день / Исходное	3 день	5 день	7 день	Контроль		
Streptococcus	2,298 [2,297 - 2,342]	2,480 [2,389 - 2,544]	2,106 [2,096 - 2,107]	<b>2,135</b> <b>[2,066 - 2,183]</b>	<b>p=0,006</b>	1,167 [1,564 - 1,749]	
S.Epidermidis	2,113 [2,106 - 2,187]	2,342 [2,335 - 2,348]	<b>1,879</b> <b>[1,844 - 1,928]</b>	<b>p=0,02</b>	<b>1,897</b> <b>[1,870 - 1,968]</b>	<b>p=0,03</b>	1,237 [1,128 - 1,299]
Enterococcus	1,588 [1,584-1,633]	1,727 [1,693 - 1,761]	<b>1,313</b> <b>[1,305 - 1,321]</b>	<b>p=0,02</b>	<b>1,375</b> <b>[1,374 - 1,485]</b>	<b>p=0,03</b>	1,101 [0,935 - 1,201]
S. Saproph	2,109 [2,045 - 2,114]	2,391 [2,389 - 2394]	<b>1,908</b> <b>[1,782 - 1,938]</b>	<b>p=0,02</b>	<b>1,954</b> <b>[1481 - 1,971]</b>	<b>p=0,03</b>	1,234 [1,156 - 1,336]
S. Aureus	2,310 [2,306 - 2,319]	2,572 [2,544 - 2,599]	2,220 [2,165 - 2,270]		<b>1,878</b> <b>[1,816 - 1,927]</b>	<b>p=0,005</b>	1,651 [1,594 - 1,708]
Klebsiella	1,462 [1,444 - 1,475]	1,765 [1,735 - 1,781]	1,236 [1,232 - 1,654]				
Proteus	1,840 [1,767 - 1,912]	1,912 [1,890 - 1,935]	1,219 [0,997 - 1,430]				
E. Coli	1,207 [1,200 - 1,215]	1,495 [1,463 - 1,495]	<b>1,101</b> <b>[1,099 - 1,103]</b>	<b>p=0,02</b>			
Albicans	1,090 [1,057 - 1,100]	1,230 [1,175 - 1,330]	0,992 [0,896 - 1,029]				
P. Aeruginosa	1,245 [1,225 -1,262]	1,279 [1,155 - 1,404]					

**Таблица 3. Биопленкообразующая способность микроорганизмов**

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Наблюдается снижение биопленкообразующей способности патогенных микроорганизмов. В среднем по таким микроорганизмам, как *Streptococcus*, *S. Aureus*, *S. Epidermidis*, *Enterococcus spp*, *S. Saprophyticus* наблюдается снижение показателя на 9-13% быстрее к 5 дню терапии в основной группе, по сравнению с группой сравнения. Данный параметр также статистически достоверен( $p<0,05$ ).

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Учитывая вышеизложенный материал, положительную клиническую динамику исследуемых пациентов, статистическую обработку полученных результатов, можно утверждать о допустимости применения данного метода лечения пародонтита у лиц, использующих несъемные ортопедические конструкции, с помощью сложномодулированного электромагнитного излучения. Также имеет место отсутствие побочных эффектов и осложнений у всех исследуемых пациентов.

### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Герберт Шиллинбург-младший, Сумия Хобо, Лоэлл Уитсэтт, Ричард Якоби, Сюзан Бракетт. Основы несъемного протезирования
2. Даровских С.Н.,Шишкова Ю.С.,Попечителев Е.П.,Вдовина Н.В. Микроволновая гелиобиология // . - 2016.
3. Доменико Массирони, Ромео Пасчетта, Джузеппе Ромео. Точность и эстетика. Клинические и зуботехнические этапы протезирования зубов
4. «Руководство по ортопедической стоматологии» / под редакцией В. Н. Копейкина.- М.: Триада-Х, 2006.-495с.
5. Робакидзе, Н.С., Е.Д. Жидких, А.А. Лобановская, К.А.Овсянников Особенности получения оттисков при изготовлении различных видов ортопедических конструкций.
6. Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е.Н. «Ортопедическая стоматология», 1997.

УДК 616.314-076

Нуриева Н.С., Головин Н.С.

# СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СТОМАТОЛОГИЧЕСКИХ СИЛИКОНОВЫХ ОТТИСКНЫХ МАТЕРИАЛОВ

Nurieva N.S., Golovin N.S.

## COMPARATIVE CHARACTERISTICS OF DENTAL SILICONE IMPRINTS

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Южно-Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Российская Федерация, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

---

Нуриева Наталья Сергеевна- д.м.н, профессор  
кафедры ортопедической стоматологии и орто-  
dontии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ

Головин Никита Сергеевич- ординатор второго  
года кафедры ортопедической стоматологии и  
ортодонтии ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ,  
dr.golovin@bk.ru

ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО  
ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

### РЕЗЮМЕ

В современной ортопедической стоматологии проблема выбора материала для снятия оттиска стоит на одном из первых мест. Многообразие оттисковых масс заставляет задуматься как начинающих, так и опытных докторов: «А какой оттискный материал лучше выбрать мне в данном клиническом случае?» Для того, чтобы ответить на этот вопрос надо разобраться, какие оттисковые массы какими свойствами и характеристиками обладают.

**Ключевые слова:** оттиски, сравнение, С-силиконы, А-силиконы.

### ABSTRACT

In modern orthopedic dentistry, problem of choosing the material for removing the impression is one of the most important. The variety of impression material is a question both for beginners and experienced doctors. And what an impression material is the best one to choose in this clinical case. To answer this question we need to understand the properties of different impression materials.

**Keywords:** impressions, comparison, C-silicones, A-silicones

Наиболее распространенными на сегодняшний день являются силиконовые оттисковые массы. Вот с ними в данной статье и разберемся. Всех их можно разделить на две группы: С-силиконы и А-силиконы. Принципиальное различие их в химической реакции, которая происходит при смешивании базовой массы и катализатора. У С-силиконов (рис.1) будет происходить реакция поликонденсации с образованием побочного продукта (англ. Condensation), а у А-силиконов реакция полиприсоединения (англ. Addition).



**Рис.1. Одномоментный двухфазный оттиск**

Для начала разберем С-силиконовые оттисковые материалы. Вот несколько представителей этой группы:

- Zeta Plus(Zermack)
- Zeta flow(Zermack)
- Speedex(Coltene Whaledent)

В полный комплект С-силиконовых материалов входит банка с базой и два тюбика: один с катализатором, второй с корригирующей массой.

Преимущества использования:

1. Низкая цена.

В первое время после появления представители этой группы прочно закрепились на рынке стоматологических материалов и остаются там по сей день. Несмотря на большую популярность, цена на них остается ниже, чем на большинство других оттисковых материалов.

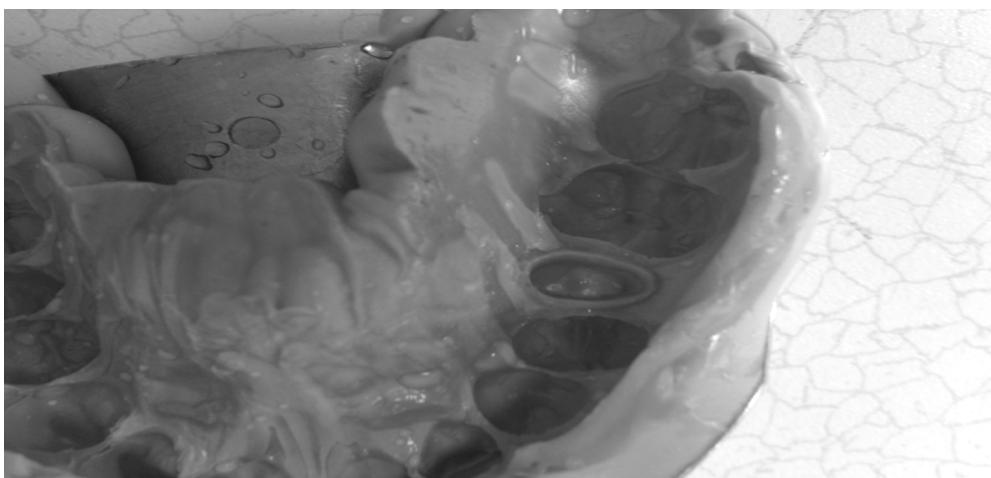
2. Невысокий коэффициент усадки оттиска.

Но есть небольшой нюанс. В процессе реакции поликонденсации С-силиконы вулканизируются. Это означает, что в процессе происходит конден-

сация молекул спирта, которые затем испаряются. Вследствие этого развивается прогрессирующая во времени усадка. Наполнители внутри массы не подвержены усадке, следовательно их количество никак не влияет на данный процесс. Следовательно более вязкие силиконы за счёт большого количества наполнителя имеют менее выраженную степень усадки. Другими словами, это означает, что корригирующая масса гораздо быстрее дает усадку, чем базовая масса, что непременно приведет к возникновению деформаций. Поэтому отливать модели с оттисков, снятых С-силиконами нужно как можно быстрее.

3. Эластичность и прочность корригирующей массы.

Если рассматривать оттисковые материалы сходной ценовой категории, представители С-силиконов обладают большей эластичностью и прочностью корригирующей массы, что позволяет лучше проснять область уступа при снятии оттиска (Рис.2).



**Рис.2. Двухэтапный двухфазный оттиск. Зуб 2.5. Обработан под МК.**

Все было бы хорошо, и все мы снимали оттиски только С-силиконами. Если бы не минусы их использования.

Основные недостатки С-силиконов:

1. Низкая гидрофильность.

Все представители силиконов, а особенно С-силиконы «боятся» влаги, десневой жидкости, крови. Поэтому следует хорошо контролировать, чтобы ничего из вышеперечисленного не попало на твердые ткани зуба при снятии оттиска, т.к. это повлечет за собой появление неточностей, оттяжек, погрешностей в оттиске.

2. Только ручное смещивание.

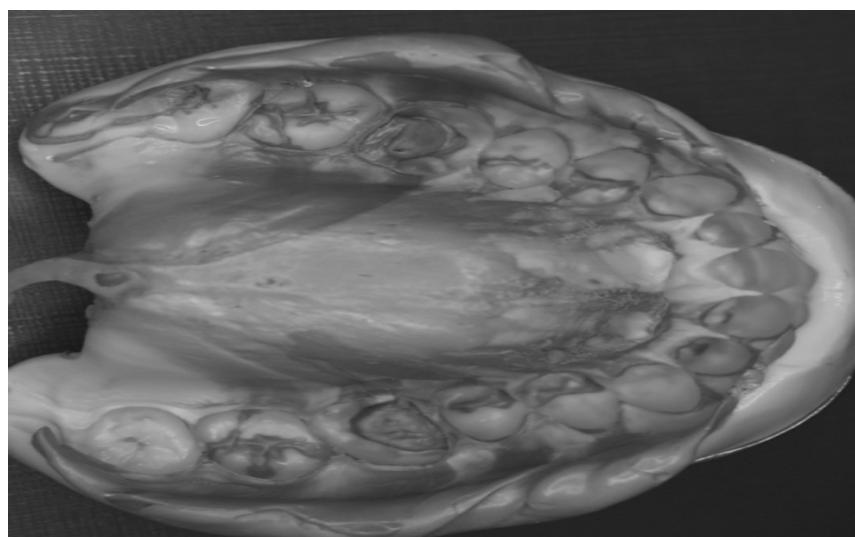
Следовательно при перемешивании как базовой, так и корригирующей масс возможно появление неоднородности и как следствие одни участки оттиска твердеют раньше, чем остальные, что приводит к возникновению внутренних напряжений в оттиске и деформациям.

3. Вся дозировка происходит «на глазок».

Что опять же приводит к разнородности схватывания базовой и корригирующей масс, и в результате возникновению деформаций.

4. Излишняя жесткость базовой массы.

Делает практически непригодной данной группы для снятия оттисков при съемном протезировании и с уровня имплантов, абатментов. Кроме того, при снятии техникой двухфазного двухэтапного оттиска, это свойство С-силиконов приводит к появлению повышенного напряжения в тканях десны, вблизи уступа, и появлению риска локальной рецессии. Поэтому рекомендовано снятие методикой двухфазного одноэтапного оттиска. Ретракционную нить также следует извлекать перед оттиском, потому что корригирующая масса не обладает достаточной текучестью, чтобы работать при нахождении в момент снятия оттиска в десневом желобке нити.



**Рис.3 Одноэтапный трехфазный оттиск. А-силикон.**

Вторая группа силиконовых оттисковых материалов – А-силиконы. (От англ. Addition). Принципиальное отличие их от С-силиконов – реакция полиприсоединения в результате смещивания. В данном случае не происходит образования низкомолекулярных побочных продуктов, следовательно образуется очень размеростабильный материал (рис.3).

Форма выпуска: База для ручного смещивания всегда представлена двумя баночками с разного цвета массами. Корригирующая масса в картриджах для пистолета.

Основные представители:

- Express<sup>tm</sup>STD (3M ESPE)
- Express<sup>tm</sup> XT Putty Quick. (3M ESPE)
- Elite HD

- Occlufast Rock (материал для регистрации прикуса)

Преимущества использования в клинической практике А-силиконов:

1. Возможность автоматического смещивания.

Исключает погрешность в дозировке катализатора. Поэтому достигается оптимальный режим схватывания оттискной массы и отсутствия патологических деформаций в оттиске. Кроме того, это просто удобно в использовании.

2. Большой спектр вязкостей масс.

Позволяет выбрать для конкретной клинической ситуации подходящий оттискной материал. Еще это позволяет применять их при съемном протезировании и оттисков с имплантами.

3. Самая высокая гидрофильность среди силиконовых оттисковых масс. Конечно же до поли-

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

эфирных масс им далеко, но попадание незначительного количества слюны или десневой жидкости при снятии оттиска не исказит отображение.

### 4. Очень высокая размеростабильность.

Ввиду отсутствия побочных продуктов от реакции полиприсоединения оттиски имеют большую устойчивость к деформациям и могут длительное время хранится в неизменном виде. А также, это позволяет отливать с них модели несколько раз.

### 5. Снятие одномоментного ТРЕХфазного оттиска.

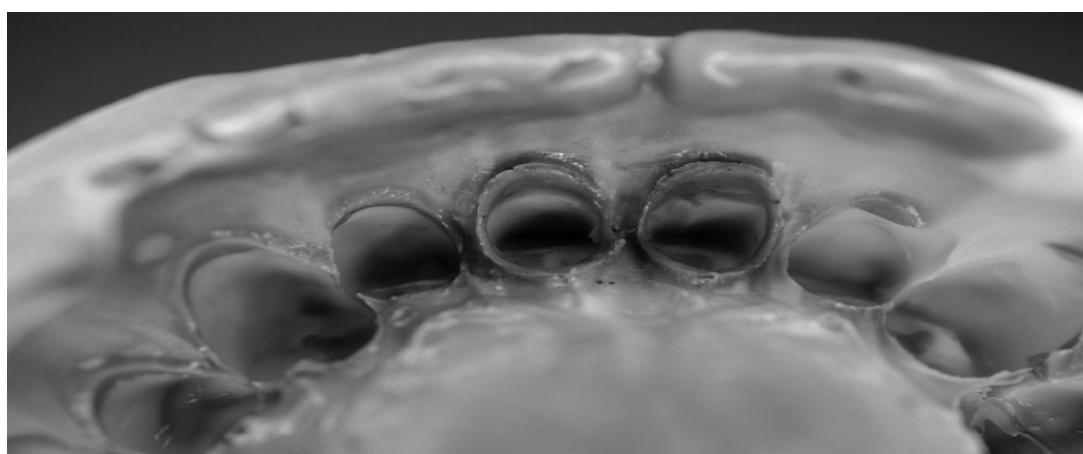
Для этого необходимо очень слажено работать с вашим ассистентом и иметь в арсенале два пистолета для автоматического смешивания корригирующих масс и две корригирующей массы разной степени вязкости, лучше чтобы эти спепени были «соседствующими», например, как у представителя 3M ESPE Express<sup>tm</sup> STD “Regular body” и “light body”; либо “light body” и “super light body”.

Техника проведения: Ваш ассистент замешивает базовую массу, помещает в оттискную ложку и наносит сверху корригирующую (более вязкую)

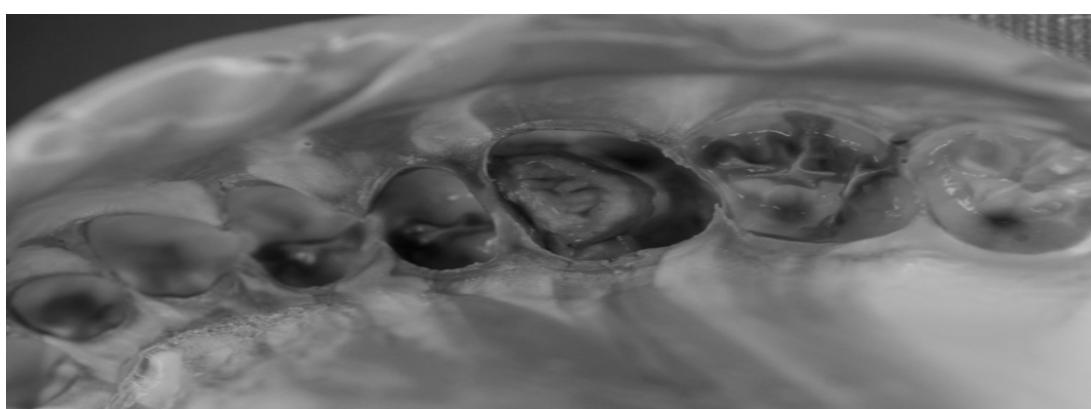
массу. Врач-стоматолог в это время из пистолета для автоматического смешивания с тонкой канюлью наносит корригир (менее вязкую) в область уступа и в десневой желобок, плавно, не отрывая кончик канюли от твердых тканей зуба! Затем подготовленная ассистентом ложка с материалом вносится в полость рта и снимается оттиск. Важный момент: Врач не должен вносить слишком большое количество оттискового материала, его излишки будут мешать правильному снятию оттиска. Достаточно полностью покрыть уступ, и немного культи зуба. При правильном проведении данной методики более вязкий корригир продавит менее вязкий в десневой желобок и тем самым лучше проснимется область уступа (Рис.4). Одновременно он же не даст жесткой базовой массе слишком сильно отдавить менее вязкую!

#### Показания к применению методики:

Снятие рабочих оттисков при изготовлении одиночных коронок, виниров и вкладок из пресс-керамики или керамики на основе диоксида циркония (Рис.5).



**Рис. 4. Одномоментный трёхфазный оттиск. Качественное отображение области уступа особенно важно при работе во фронтальной области.**



**Рис. 5. Одномоментный трёхфазный оттиск.**

---

**Снятие рабочих оттисков при изготовлении мостовидных протезов из пресс-керамики или керамики на основе диоксида циркония.**

**Факт:** Особенно хорошо эта методика работает с ретрацией десны методом двойной нити.

Из немногочисленных недостатков данной группы можно выделить следующие:

1. Высокая цена. Но за качество, как известно, надо платить.  
2. Нельзя замешивать в латексных перчатках, т.к. в состав катализатора входит помимо поливинилсилоксана и наполнителя еще и хлорплатиновая кислота. Происходит её контаминация соединениями серы, которые используются при производстве латекса и процесс полимеризации не происходит. Оттиск на первый взгляд будет затвердевшим, но в нем появятся участки повышенного напряжения из-за неполимеризованного материала. Это обязательно приведет к деформации в оттиске.

И напоследок, как отличить С-силикон от А-силикона? Если Вы в химической характеристике материала видите приставку «vinyl», то перед Вами поливинилсилоксан, т.е. А-силикон. Кроме

этого база С-силикона никогда не выпускается в форме двух баночек, а всегда баночка+тюбик.

## **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Герберт Шиллинбург-младший, Сумия Хобо, Лоуэлл Уитsett, Ричард Якоби, Сюзан Бракетт, Основы несъемного протезирования
2. «Ортопедическая стоматология». Под ред. И. Ю. Лебеденко, Э. С. Каливраджияна. «ГЭОТАР – Медиа», 2011, 640 с.
3. «Руководство по ортопедической стоматологии» под редакцией В.Н. Копейкина. - М.: Триада-Х, 2006.-495с.
4. Робакидзе, Н.С., Жидких Е.Д., Лобановская А.А., Овсянников К.А. Особенности получения оттисков при изготовлении различных видов ортопедических конструкций.
5. Трезубов В. Н. Ортопедическая стоматология (факультетский курс) : учебник. СПб.: Фолиант, 2005.
6. Щербаков А.С., Гаврилов Е.И., Трезубов В.Н., Жулев Е. Н. «Ортопедическая стоматология», 1997.
7. S. Bertolini, U. Consolo, R. Rossi 2009, Оттиски при протезировании зубов на имплантатах.

УДК 616.743-001.4-089(571.13)

В.В. Масляков, В.Г. Барсуков, К.Г. Куркин, С.А. Суханов

## **ОСОБЕННОСТИ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ГРАЖДАНСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ С ОГНЕСТРЕЛЬНЫМИ РАНЕНИЯМИ ГРУДИ В УСЛОВИЯХ ЛОКАЛЬНОГО ВОЕННОГО КОНФЛИКТА**

Maslyakov V.V., BarsukovV.G., Kurkin K.G., Suchanov S.A.

## **FEATURES OF MEDICAL CARE PROVIDING TO CIVILIANS WITH GUNSHOT WOUNDS TO THE CHEST IN A LOCAL MILITARY CONFLICTS**

Филиал частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов, 4101012, г. Саратов, ул. Верхний рынок, корпус 10, e-mail: saratov@reaviz.ru

---

Масляков Владимир Владимирович – д.м.н., профессор, проректор по научной работе и связям с общественностью, заведующий кафедрой клинической медицины Филиала частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов.

Барсуков Виталий Геннадьевич – к.м.н., доцент кафедры хирургических болезней Филиала частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов.

Куркин Константин Геннадьевич - аспирант кафедры хирургических болезней Филиала частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов.

Суханов Сергей Александрович - аспирант кафедры хирургических болезней Филиала частного учреждения образовательной организации высшего образования «Медицинский университет «Реавиз» в городе Саратов.

**ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ**

### **РЕЗЮМЕ**

Цель исследования – изучить особенности оказания медицинской помощи гражданскому

населению с огнестрельными ранениями груди в условиях локального военного конфликта.

Материалы и методы. Для решения цели и задач исследования нами проведено изучение 106 пациентов из числа гражданского населения с огнестрельными ранениями груди. Все пациенты находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы №9 г. Грозного Чеченской республики. Все ранения были получены во время локальных военных действий в республике Чечня в период с 1991 по 2000 г. Критериями исключения: сочетанные ранения груди, живота, головы, конечностей, дети до 15 лет. В исследовании нами использовались лечебно-диагностические методы, применение которых зависело от штатно-организационной структуры и материально-технической оснащенности лечебных учреждений. В диагностических целях применялись общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования. Изучалась медицинская документация - первичные медицинские карточки, сопроводительные листы бригад СМП, истории болезни, выписки из историй болезни, протоколы судебно-медицинских экспертиз.

Результаты. Проведенное исследование показывает, что огнестрельные ранения груди у пациентов среди гражданского населения характеризуются высокими показателями летальности и

послеоперационных осложнений, которые зависят от времени доставки раненых, правильной диагностики и хирургической тактики. При этом основными недостатками в оказании помощи гражданскому населению с тяжелой огнестрельной травмой в условиях локального конфликта являются отсутствие системы догоспитальной помощи,енной инфраструктуры госпитального этапа, преемственности в лечении, реабилитации, возможности анализа результатов оказания помощи. Важным фактором является недостаточная подготовка персонала к оказанию помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой.

**Заключение.** Проведенное исследование показывает, что огнестрельные ранения груди у пациентов среди гражданского населения характеризуются высокими показателями летальности и послеоперационных осложнений, которые зависят от времени доставки раненых, правильной диагностики и хирургической тактики. При этом основными недостатками в оказании помощи гражданскому населению с тяжелой огнестрельной травмой в условиях локального конфликта являются отсутствие системы догоспитальной помощи,енной инфраструктуры госпитального этапа, преемственности в лечении, реабилитации, возможности анализа результатов оказания помощи. Важным фактором является недостаточная подготовка персонала к оказанию помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой.

**Ключевые слова:** локальный военный конфликт, огнестрельные ранения груди, гражданское население, оказание медицинской помощи

## ABSTRACT

This research was aimed to study the features of medical care providing to civilians with gunshot wounds to the chest in a local military conflicts.

**Materials and methods.** To carry out the research we studied 106 patients from the civilians who received gunshot wounds to the chest. All the patients were on treatment in the surgical unit of a city hospital №9 in Grozny (the Chechen Republic). All the wounds were got during the local military conflict in the Republic of Chechnya from 1991 to 2000. Criteria of an exception: combined wounds of the chest, abdomen, head, limbs, children under 15 years old. In the research we used medical and diagnostic methods, the applications of which depended on the organizational structure, material and technical equipment of the hospitals. For diagnostic purposes, general clinical, laboratory and special methods were used.

Medical documentation – primary medical cards, accompanying cards of ambulance brigades, extracts from medical histories, forensic reports were studied.

**Results.** The conducted research shows, that the gunshot wounds of a chest in patients among the civilians are characterized by the high rates of lethality and postoperative complications, depending on time of delivery of the wounded, correct diagnosis and surgical tactics. Thus, the main shortcomings of medical care providing to civilians with severe gunshot wounds in the local military conflicts are lack of the system of the pre-hospital help, appropriate structure of the hospital stage, continuity in treatment and rehabilitation, and the possibility to analyze the treatment results. An important factor is inadequate staff, training to provide medical care to the victims with severe combined injury.

**Conclusion.** The conduct research shows that the chest gunshot wounds in the civilians are characterized by high rates of lethality and postoperative complications, depending on time of delivery of the wounded, the correct diagnosis and surgical tactics. The main shortcomings of medical care providing to civilizations with severe gunshot wounds in the local conflicts are lack of the system of the pre-hospital help, appropriate structure of the hospital stage, continuity in treatment and rehabilitation, and a possibility to analyze the treatment results. An important factor is inadequate staff training to provide medical care to the victims with severe combined injury.

**Keywords:** local military conflict, chest gunshot wounds, civilians, medical care providing.

В ряду самых разнообразных повреждений возникающих в военных конфликтах огнестрельная травма занимает одно из ведущих мест, как по частоте, так и по тяжести. Однако, несмотря на имеющиеся успехи, проблема, особенно в условиях локальных войн и вооруженных конфликтов, продолжает оставаться весьма актуальной и не достаточно изученной [1,2,3,4,6,7].

## ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить особенности оказания медицинской помощи гражданскому населению с огнестрельными ранениями груди в условиях локального военного конфликта.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения цели и задач исследования нами проведено изучение 106 пациентов из числа гра-

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

жданского населения с огнестрельными ранениями груди. Все пациенты находились на лечении в хирургическом стационаре городской больницы №9 г. Грозного Чеченской республики. Все ранения были получены во время локальных военных действий в республике Чечня в период с 1991 по 2000 г. Критериями исключения: сочетанные ранения груди, живота, головы, конечно-стей, дети до 15 лет. В исследовании нами использовались лечебно-диагностические методы, применение которых зависело от штатно-организационной структуры и материально-технической оснащенности лечебных учреждений. В диагностических целях применялись общеклинические, лабораторные и специальные методы исследования. Изучалась медицинская документация – первичные медицинские карточки, сопроводительные листы бригад скорой медицинской помощи (СМП), истории болезни, выписки из историй болезни, протоколы судебно-медицинских экспертиз. Клиническое обследование раненых включало, прежде всего, оценку их общего состояния. Оценивались степень сохранения сознания, цвет кожных покровов и слизистых, неврологический статус, показатели внешнего дыхания (его характер, частота дыхания) и кровообращения (ЧСС, величину артериального и центрального венозного давления). Для более надежного определения тяжести состояния пострадавших проводили оценку следующих лабораторных данных: клинический анализ крови и мочи, определение группы крови и резус-фактора, коагулограмма, бактериологические исследования содержимого полостей и отделяемого из ран. Учитывался ряд биохимических показателей: содержание общего белка и белковых фракций, глюкозы, билирубина, аминотрансфераз, мочевины, креатинина, активности амилазы крови, фибриногена, протромбинового индекса. Оценку тяжести кровопотери осуществляли по глубине нарушений гемодинамики, клиническим и гематологическим показателям. Специальные методы диагностики: рентгенологический, пункционный. Рентгенологические исследования выполнялись на рентгendiагностических комплексах «РУМ-20» (Казахстан), «Philips Diagnost-56» (Германия), передвижном палатном рентгеновском аппарате «Арман» и заключались в проведении рентгенографии, рентгеноскопии поврежденных областей тела. Ультразвуковые исследования органов груди, живота и таза осуществляли на переносных аппаратах «Shimadzu SDU-400», «Aloka SSD-500». Исследования кислотно-щелочного состояния (КЩС) организма производились на аппарате

«МикроАструп» (Radiometer, Дания). Выполнялись следующие эндоскопические исследования: лапароскопия и торакоскопия лапароскопами «Karl Storz» (Германия) и «Olympus» (Япония) 5 мм с боковой 30° оптикой, эзофагогастроуденоскопия-гастрофиброскопами «Olympus XP-20» (Япония), «Pentax FC-24V» (Япония), бронхоскопия – бронхоскопами «Fridel» (ГДР), «Pentax FB-18P» (Япония). Выполнялись электрокардиография, электроэнцефалография, эхоэнцефалография. Пункция плевральной полости, лапароцентез и торакоцентез проводились по общепринятым методикам. Патологоанатомический раздел исследования основан на результатах анализа протоколов судебно-медицинских исследований трупов, с огнестрельными ранениями груди.

Из общего количества пострадавших проникающие ранения выявлены у 56 (52,8%), непроникающие у 50 (47,1%) человек. При этом в большинстве наблюдений – 85 (80,1%) ранения имели левостороннюю локализацию, правосторонняя локализация отмечена у 21 (19,8%). В большинстве наблюдений отмечены пулевые ранения, которые выявлены в 91 (85,8%) наблюдениях, оскольчатые отмечены лишь в 15 (14,1%) наблюдениях. В 78 (73,5%) ранения были одиночные, в остальных 28 (26,4%) – множественные.

Непроникающие ранения в 10 случаях являлись контурными. При этом вследствие девиации снаряда после удара под острым углом о плотные структуры (ребра и фасцию) движение продолжалось дугообразно по наружной поверхности этих образований. Париетальная плевра оставалась цела. Наблюдалось значительное разрушение подкожной клетчатки, грудной фасции и мышц. Входное и выходное отверстия располагались на расстоянии от 10 до 20 см. друг от друга, что создавало впечатление проникающего ранения.

Из общего количества пациентов с проникающими ранениями груди, не выявлено повреждений внутренних органов лишь в 8 (14,2%) наблюдениях, в остальных 48 (85,7%), ранения сопровождались повреждениями органов грудной клетки. Основным органом, поврежденным при огнестрельных ранениях груди, было легкое – 34 случая, затем сердце и крупные сосуды – 19 наблюдений. Из общего количества пострадавших, повреждение одного органа зарегистрировано в 12 наблюдениях, двух в 19 случаях, трех и более у 17 пациентов. Среди пациентов с проникающими ранениями груди в момент поступления осложнения выявлены у 45 (93,7%), при этом наиболее частыми были: открытый гемопневмоторакс - 22

(48,8%), гемоторакс у 8 (17,7%) и пневмоторакс 8 (17,7%). Из раненых с пневмотораксом напряженный клапанный пневмоторакс развился у 6. В случае открытого гемопневмоторакса огнестрельный дефект грудной стенки возникал в результате ранения крупными осколками или выстрела с близкого расстояния в пределах действия дополнительных повреждающих факторов. У 7 (15,5%) раненых крови и воздуха из плевральной полости при плевральной пункции и дренировании не было получено. Для оценки тяжести легочно-плеврального кровотечения использовалась классификация, предложенная М.Р. Рокицким (1983) [5], где раненые распределены по 3 степеням: первая степень – до 10% объема циркулирующей крови (ОЦК), вторая степень – до 20% ОЦК, третья степень – более 20% ОЦК. Большинство пациентов с ранениями груди – 42% имели третью степень кровотечения. Из 106 раненых, доставленных в лечебное учреждение, в зависимости от размера ранящего снаряда с точечными входными отверстиями было доставлено – 67 (63,2%) пациентов, раны средних размеров до 2 см в диаметре 15 (14,1%) и больших размеров выше 2 см в диаметре 24 (22,6%) больных. Из представленных данных видно, что большинство пациентов – 63,2% были доставлены с точечными ранениями груди, что в некоторой степени затрудняло диагностику. Для осколочных ранений было характерно наличие неправильной формы рваных ран. Края ран были неровными гиперемированными. Из ран в 98% случаев сочилась кровь. Трудности при осмотре возникали у раненых из-за множественных ран на коже, копоти, засохшей крови и грязи. Раны больших размеров (более 2 см в диаметре) были, как правило, зияющими: дно составляли мышцы и поврежденные кости (ребра, лопатка, ключица). Пулевые раны во всех случаях имели поясок осаднения разной степени выраженности. В одних случаях края раны были багрового цвета с ободком гиперемии – 68% наблюдений, в других – кожа вокруг раны была не изменена – 32%. В первом случае раны наносились пулями с близкого расстояния, во втором случае – пулями с низкой энергией, с дальнего расстояния, на излете. Форма входных

пулевых отверстий была округлой или овальной во всех случаях кроме касательных ранений. Форма выходных отверстий отличалась разнообразием: неправильной звездчатой, щелевидной, угловатой, а иногда округлой или овальной формы. Дефекта ткани у около 80% выходных отверстий не было в отличие от входного отверстия, поэтому при сближении краев они полностью закрывали просвет раны. Размеры выходных отверстий около 90% наблюдений превышали размеры выходных отверстий. В остальных случаях их размеры были примерно равны, что создавало трудности в идентификации входного и выходного отверстий. Края выходных отверстий при всех видах ранений, как правило, были более неровными, чем входных отверстий, часто вывернуты кнаружи. Огнестрельные дробовые ранения сопровождались множеством небольших ран с импрегнацией несгоревших частиц заряда. При неопронаикающих огнестрельных ранениях груди нарушения функции дыхательной и сердечно-сосудистой системы были невыраженными и носили рефлекторный характер. Но при обширных повреждениях мягких тканей отмечались явления травматического шока, выраженные изменения гемодинамики, одышка, боль, которые могли быть приняты хирургом за проявления повреждений внутренних органов и внутреннего кровотечения. Обычно при ранении мягких тканей грудной стенки общее состояние пострадавшего было нетяжелым. Незначительное по объему и интенсивности кровотечение, как правило, прекращалось самостоятельно или после наложения давящей повязки. Ограничение экскурсии грудной клетки на стороне поражения наблюдалось у раненых со значительным повреждением мягких тканей. В этих случаях отмечалось частое и поверхностное, при аусcultации ослабленное на стороне поражения дыхание.

Основной целью физикального исследования при огнестрельных ранениях груди являлось определение проникающего характера ранения и связанных с ним осложнений. Основные симптомы, выявленные у пациентов с огнестрельными ранениями груди, в момент поступления представлены в табл. 1.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Симптомы	Проникающие ранения (n = 56)	Непроникающие ранения (n = 50)
Боль различной интенсивности	51 (91%)	47 (94%)
Тахикардия, снижение АД	34 (60,7%)	12 (24%)
Одышка	14 (25%)	8 (16%)
Жажда, сухой язык	34 (60,7%)	7 (14%)
Ослабление дыхания	32 (57,1%)	7 (14%)
Притупление перкуторного звука	23 (41%)	2 (4%)
Бледность, акроцианоз	34 (60,7%)	12 (24%)
Кашель	24 (42,8%)	8 (16%)
Подкожная эмфизема	45 (80,3%)	12 (24%)
Кровохарканье	26 (46,4)	-
Присасывание, выделение воздуха	46 (82,1%)	-

**Таблица 1. Основные симптомы, выявленные у пациентов с огнестрельными ранениями груди**

Как видно из данных, представленных в таблице 1, специфичность признаков у раненых была различной. Такие симптомы как боль, одышка и изменения гемодинамики отмечались у абсолютного большинства пострадавших с проникающими ранениями. Однако они часто имели место и в наблюдениях с непроникающими ранениями. Значительно реже встречались кровохарканье, подкожная эмфизема. Однако они обладали высокой диагностической ценностью и в совокупности с другими симптомами являлись абсолютным свидетельством проникающего характера огнестрельного ранения груди и повреждения легкого. Достоверным признаком повреждения легкого являлось кровохарканье. Частота и интенсивность последнего зависели от близости раневого канала к корню легкого.

Клиническая картина ранения легкого определялась симптомокомплексом гемоторакса или его сочетанием с одной из форм пневмоторакса. Подкожная эмфизема локализовалась в области раны или распространялась до смежных с грудной клеткой областей. В 8 случаях непроникающих ранений

при обширных повреждениях мягких тканей, отмечалась подкожная эмфизема в области раны, определявшаяся подкожной крепитацией. Наличие выходного отверстия на расстоянии более 10 см от входного отверстия при сквозных ранениях кроме 13 случаев контурных ранений свидетельствовало о значительной вероятности проникающего характера ранения груди. Частота этого признака среди сквозных ранений груди составила 90,9%. Прогрессирующая, захватывающая шею, верхние конечности и живот эмфизема являлась достоверным признаком напряженного клапанного пневмоторакса. Очень важно уже на основе первичного осмотра установить симптомы быстро нарастающей острой дыхательной недостаточности, ранения сердца, продолжающегося внутреннего кровотечения, требующие принятия неотложных хирургических мер.

Симптоматика проникающих ранений сердца складывалась из признаков быстро нарастающего внутреннего кровотечения, тампонады сердца и шока. Основные симптомы, выявленные у пациентов с ранениями сердца, представлены в таблице 2.

Симптомы	Число случаев (n = 12)	
	Абс. число	%
Боли в области сердца	10	83,3
Ощущение нехватки воздуха	6	50
Локализация раны в области сердца	12	100
Цианоз лица и шеи	9	75
Набухание вен шеи	10	83,3
Одышка (более 25 – 30 в мин.)	11	91,6
Расширение перкуторных границ сердечной тупости	7	58,3
Тахикардия (более 90 уд. в мин.)	8	66,6
Отсутствие пульса на периферических артериях	3	25
Артериальная гипотония (системическое АД менее 100 мм рт. ст.)	5	41,6
Венозная гипертензия (ЦВД более 140 мм вод. ст.)	7	58,3

**Таблица 2. Основные симптомы, выявленные у пациентов с огнестрельными ранениями сердца**

Следует отметить, что ранения груди лишь у 8 (66,6%) пострадавших были достаточно легко и быстро определены как проникающие при физикальном обследовании на основании абсолютных признаков и совокупности относительных признаков. В целом физикальное обследование являлось информативным и во всех случаях позволило заподозрить наличие проникающего ранения груди и продолжить обследование с помощью специальных методов.

Рентгенологическое исследование считали обязательным и стремились выполнять во всех случаях ранений груди. Выполнялись следующие виды рентгенологических исследований: обзорная рентгенография груди в различных проекциях; рентгеноскопия груди, бронхография. Наличие подвижных рентгенустановок «Арман», подвижных многоосевых рентгеноскопических установок позволяло широко использовать рентгенологические исследования при различных локализациях ранений, значительно сокращало длительность обследования. В зависимости от конкретных клинических ситуаций последовательность рентгенологического исследования по отношению к лечебным мероприятиям была различной. Тенденция к проведению рентгенологического исследования параллельно с лечебными мероприятиями у 94 (88,6%) раненых. В 67 (63,2%) случаев рентгеновское исследование выполнено в первую очередь. В 17 (16%) наблюдений оно было вынужденно отсроченным или не было выполнено из-за необходимости экстренного оперативного вмешательства и терминального состояния раненного. Основным методом неотложной рентгendiагностики при огнестрельных ранениях груди являлась обзорная рентгенография в прямой и боковой проекциях. В большинстве случаев она давала полное представление о характере травмы груди. Сопоставление расположения раны и места нахождения ранящего снаряда обычно позволяло реконструировать ход раневого канала и составить ориентировочное представление о повреждении внутренних органов. Выявлялись признаки гемопневмоторакса, ателектаза, ранения легкого, инородные тела, огнестрельные переломы. Повреждения легких и плевры проявлялись пневмотораксом, гемотораксом, эмфиземой мягких тканей грудной клетки и средостения, ранением и ушибом легкого. Пневмоторакс проявлялся повышенной прозрачностью части легочного поля и отсутствием изображения легочного рисунка в зоне скопления воздуха, который располагался в латеральных отделах плевральной полости. Медиальное определялось спавшееся

легкое пониженнной пневматизации. При давлении в плевральной полости ниже атмосферного (обычно при закрытом пневмотораксе, когда спадение легкого выражено не резко), средостение смещалось в сторону поражения, при давлении выше атмосферного средостение смещалось в здоровую сторону. В случаях открытого или большого закрытого пневмоторакса, легкое было резко коллабировано, средостение было смещено в здоровую сторону. Эмфизему средостения диагностировали по листкам медиастинальной плевры в виде вертикальных линий. Гемоторакс при рентгенологическом исследовании в прямой проекции при вертикальном положении проявлялся однородным затенением части легочного поля. Кровь, скапливаясь справа над диафрагмой, создавала впечатление высокого расположения правого купола диафрагмы. Гемопневмоторакс рентгенологически в вертикальном положении пострадавшего проявлялся наличием горизонтального уровня жидкости. Рентгенографию живота выполняли в одной (двух) проекции при подозрении на торакоабдоминальное ранение. Огнестрельные ранения легких рентгенологически отображались затемнением, форма которого зависела главным образом от хода раневого канала, а размеры и интенсивность – от вида, величины и скорости ранящего снаряда. Высокоэнергетические ранения и ранения крупными осколками вызывали большее повреждение легочной ткани, отображавшееся на рентгенограмме в виде более интенсивного затемнения.

Компьютерная томография на этапе первичного неотложного обследования с огнестрельными ранениями груди не применялась из-за отсутствия технических возможностей.

Таким образом, проведенные исследования показывают, что среди гражданского населения, получивших ранения груди в условия локального военного конфликта, не выявлено повреждений внутренних органов лишь в 8 (14,2%) наблюдениях, в остальных 48 (85,7%), ранения сопровождались повреждениями органов грудной клетки. Для диагностики огнестрельных ранений использовались возможные и имеющиеся в наличии средства городской больницы г. Грозного.

На догоспиальном этапе оказывались следующие лечебные мероприятия: перевязка раны – 61 (57,5%) пациенту, наложение оклюзионной повязки – 7 (6,6%), обезболивание наркотическими анальгетиками – 3 (2,8%), наложение транспортной иммобилизации – 3 (2,8%). Не выполнялись ни какие лечебные мероприятия – 45 (42,4%) пострадавшим. Тяжелое состояние пострадавших и

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

продолжающееся кровотечение предъявляли жесткие требования к определению хирургической тактики, в которой решающая роль принадлежала правильному выбору доступов, их очередности и объему операций. Учитывая сложность обстановки, в которой приходилось работать, ориентировались на данные простейших методов оценки: краткий опрос пациента (сопровождающих лиц), время доставки, статус сознания, общее состояние, показатели дыхания (частота, ритм и характер), состояние гемодинамики (АД, ЧСС), локальный статус, данные аусcultации. Так, при наличии признаков продолжающегося кровотечения, проявляющиеся нестабильной гемодинамикой, спутанностью сознания, выполнялась экстренная торакотомия без выполнения плевральной пункции и первичной хирургической обработки (ПХО) раны. В случаях стабильной геодинамики, ясного сознания лечебные мероприятия начинались с выполнения плевральной пункции, ПХО раны, дренирования плевральной полости. Объем оперативного лечения зависел от характера повреждения внутренних органов и решался оперирующим хирургом в каждом случае индивидуально.

Особенности организации помощи раненым с огнестрельными ранениями груди в Чечне во многом определялись условиями антитеррористической операции, нехваткой медицинских кадров и лечебных учреждений, нарушенной инфраструктурой, вследствие чего большинство пострадавших доставлялись в больницу попутным транспортом (родственниками или посторонними) – 95%. При этом необходимо учитывать следующие факторы:

1. Помощь пострадавшим оказывалась общинами хирургами, не имеющими специализации по торакальной хирургии и специальными знаниями по военно-полевой хирургии.

2. Оказание помощи проводилось в условиях боевых действий, проводившихся в городе.

3. Существовала существенная нехватка как медикаментов, так диагностического оборудования.

4. Отсутствовала этапность в лечении пациентов с огнестрельными ранениями груди.

В таких условиях тактику лечения больного приходилось определять при минимальном объеме диагностических манипуляций, технического и медикаментозного оснащения больницы, прекрасно понимая, что эффективность лечения тяжелой травмы во многом зависит от своевременности диагностики и выполненных лечебных мероприятий в первые часы с момента травмы.

Основными из задач работы являются оценка эффективности лечебной тактики в зависимости от срока оказания хирургической помощи, предventивной – часто опережающей активной, выживательной тактике с преимущественно интраоперационной диагностикой в зависимости от вида и характера травмы. Чтобы адекватно оценить результаты хирургической помощи в зависимости от времени поступления пострадавших группы с ранеными с огнестрельными ранениями груди была разделена на две подгруппы, сопоставимых по полу, возрасту, срокам поступления, тяжести повреждений, тяжести состояния. Для удобства исследования все пациенты с огнестрельными ранениями груди были распределены на две группы: А – поступившие в сроки до 1 ч после ранения груди и В – поступившие в сроки более 1 ч после ранения груди. Средняя тяжесть повреждения для А группы составила  $2,8 \pm 0,7$ , для группы В –  $2,9 \pm 0,7$ , не обнаруживая различий между группами ( $p=0,57$ ). Распределение по степени тяжести повреждения представлено в табл. 3.

Степень тяжести повреждения	Группа А		Группа В		Всего (группа А+В)	
	Аб. число	%	Аб. число	%	Аб. число	%
Средняя	8	7,5	5	4,7	13	12,2
Тяжелая	34	32	23	21,6	57	53,7
Крайне тяжелая	17	16	19	17,9	36	33,9
Всего	59	55,6	47	44,3	106	100

**Таблица 3. Распределение пострадавших дополнительных групп по степени тяжести повреждения**

Как видно из данных, представленных в табл. 3, состояние большинства пациентов обеих подгрупп в момент поступления было оценено как тяжелое.

При проведении анализа установлено, что среди пациентов А группы проникающие ранения ме-

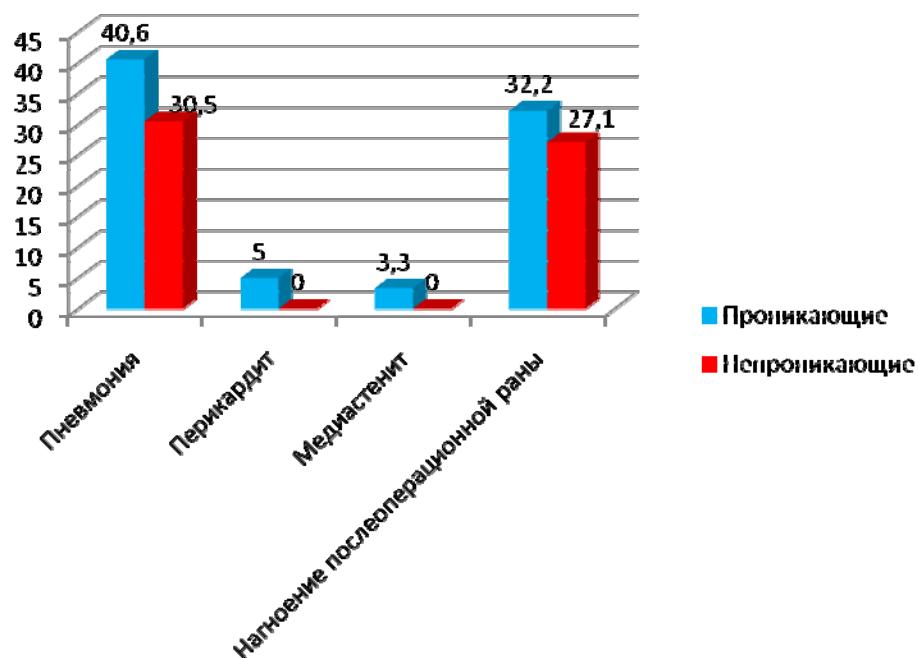
ли место у 38 человек, непроникающие у 21 пациента. Вследствие этого, пострадавшим этой группы были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 47 пострадавшим, 12 пациентам ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков

проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия.

В процессе проведения ПХО у 21 пациента установлено не проникающее ранение груди, таким пострадавшим выполнено ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 26 после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены следующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого – 6 (85,7%); атипичная резекция легкого – 1 (0,9%); перевязка внутригрудной артерии – 5 (4,7%); уши-

вание раны сердца – 10 (9,4%), ушивание ране пищевода – 2 (1,8%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Пункция плевральной полости до выполнения оперативного вмешательства произведена 42 (39,6%) пострадавших. Реинфузия крови выполнена 13 раненым.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов анализируемой группы отмечено развитие 53 (50%). Характер осложнений представлен на рис. 1.



**Рис. 1. Количество осложнений (%) у пациентов А**

Как видно из данных рис. 1, у пациентов А группы наибольшее количество осложнений – 43(72,8%) в группе с проникающими и 34 (57,6%) в группе с непроникающими ранениями (проценты даны по отношению к количеству пациентов внутри группы). При этом пневмония развилась в 24 (40,6%) наблюдениях у пациентов с проникающими ранениями. Развитие этого осложнения зарегистрировано на 3 сутки и в большинстве наблюдений на противоположной ранению стороне. В группе пациентов с непроникающими ранениями это осложнение отмечено в 18 (30,5%) наблюдениях. Следует отметить, что в этой группе осложнения отмечены на стороне поражения, развитие этого осложнения можно связать с ушибом легкого.

Нагноение послеоперационной раны выявлено в 19 (32,2%) наблюдениях среди пострадавших с проникающими ранениями груди и в 16 (27,1%)

среди пациентов с непроникающими ранениями груди.

Перикардит развился в 3 (5%) наблюдениях среди пациентов с ранениями сердца. Во всех наблюдениях перикардит носил серозно-фибринозный характер и на фоне консервативной терапии отмечены положительная динамика течения патологического процесса, постепенное стихание как системных, так и локальных воспалительных изменений.

Медиастинит развился у 2 (3,3%) пострадавших с ранением пищевода. Развитие гнойного медиастинита в обоих случаях связано с ранением пищевода. При этом ранения были ушиты, однако, адекватно не были дренированы, что могло послужить причиной несостоятельности и развитием данного осложнения.

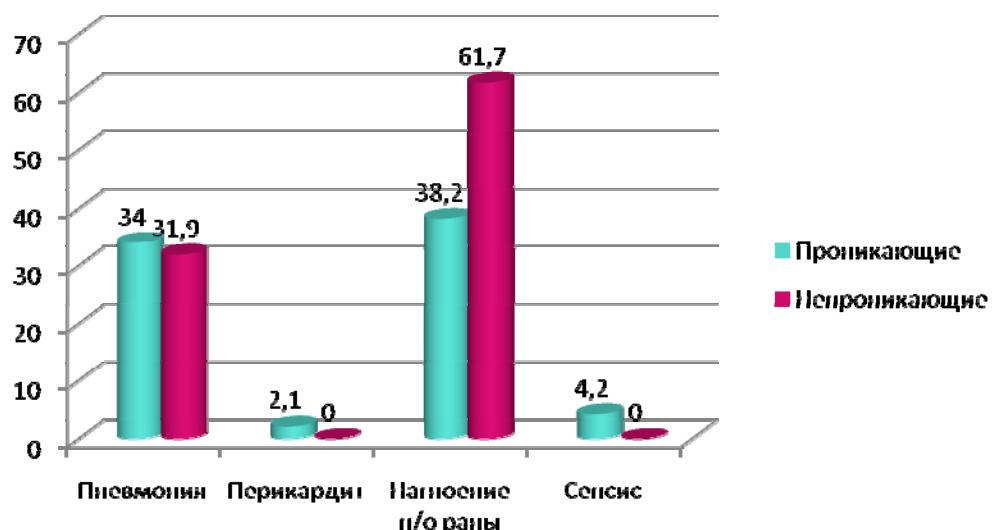
В группе пациентов В проникающие ранения мели место у 18 человек, непроникающие у

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

29 пациентов. Пострадавшим этой группы были выполнены следующие оперативные вмешательства: ПХО раны было произведено 42 пострадавшим, 5 пациентам ввиду крайне тяжелого состояния и наличия достоверных признаков проникающего ранения груди ПХО не выполнялось, а была проведена экстренная торакотомия. При проведении ПХО у 29 пациентов было выявлено, что ранение носит не проникающий характер, в таких случаях производилось ушивание, гемостаз и дренирование раны. Остальным 13 после проведения ПХО был дан наркоз и выполнена торакотомия, в процессе которой были выполнены сле-

дующие оперативные вмешательства: ушивание раны легкого – 4 (77,7%); атипичная резекция легкого – 5 (27,7%); перевязка внутригрудной артерии – 2 (11,1%); ушивание раны сердца – 2 (11,1%). Во всех случаях торакотомия заканчивалась дренированием плевральной полости. Пункция плевральной полости до выполнения оперативного вмешательства произведена 45 (42,4%) пострадавшим. Реинфузия крови выполнена 3 раненым.

В ближайшем послеоперационном периоде у пациентов этой группы отмечено развитие 47 (44,3%). Характер осложнений представлен на рис. 2.



**Рис. 2. Количество осложнений (%) у пациентов В**

Из данных, представленных на рис. 2 видно, что основным осложнением, развившимся у пациентов данной группы, были гнойно-септические, при этом наибольшее количество – 29 (61,7%) выявлены в группе пациентов с непроникающими ранениями и проявлялись нагноением послеоперационной раны. В группе пациентов с проникающими ранениями данное осложнение отмечено у 18 (38,2%) больных.

Пневмония развилась у 16 (34%) пациентов с проникающими ранениями, при этом в подавляющем большинстве развитие пневмонии отмечено на противоположной стороне ранения, и у 15 (31,9%) раненых с непроникающими ранениями. При этом развитие пневмонии у пациентов с непроникающими ранениями зарегистрировано на стороне ранения и может быть связано с ушибом легкого.

Перикардит развился у 1 (2,1%) пострадавшего с проникающим ранением груди и сопутствую-

щим ранением сердца. Носил также серозно-фибринозный характер и был купирован на фоне проведения консервативной терапии.

Сепсис отмечен у 2 (4,2%) раненых с проникающими ранениями.

При проведении математического анализа, статистически достоверной разницы в обеих группах по количеству осложнений получено не было ( $p > 0,05$ ). Из этого можно сделать заключение, что на развитие осложнений в данном случае оказывает влияние не только время доставки пострадавшего, но и другие факторы, анализ которых будет представлен ниже.

Анализ факторов, способствующих развитию гнойного процесса после огнестрельных ранений груди, показал, что у большинства пострадавших было сочетание нескольких способствующих факторов, которые были общими для развития одного осложнения (табл. 4).

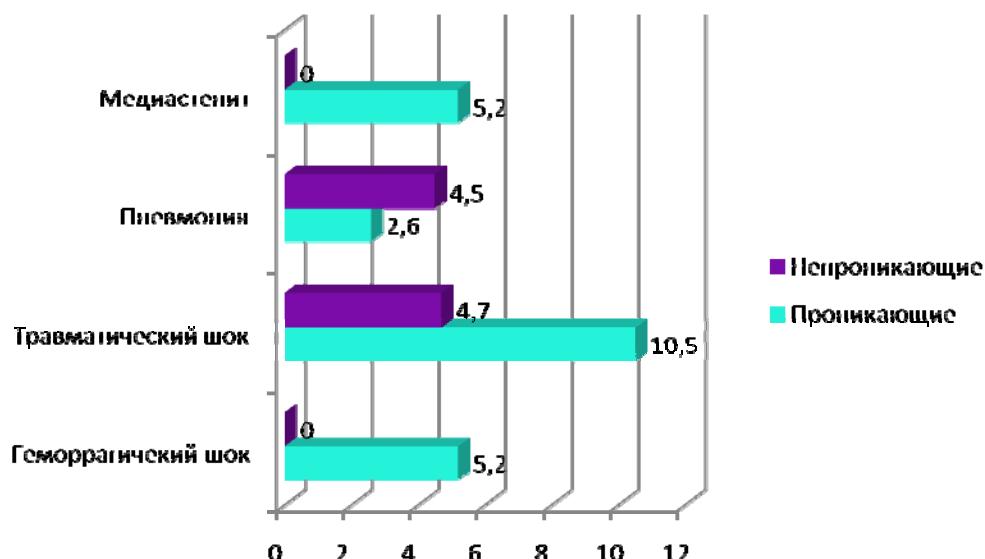
Фактор	Число наблюдений	
	абс. число	%
Кровопотеря более 1000 мл	34	32
Торакотомия через рану грудной стенки	15	14,1
Ранение ребер, грудины в первично-инфицированной ране	9	8,4
Свернувшийся гемоторакс	8	7,5
Неадекватное дренирование плевральной полости	12	11,3
Длительное дренирование плевральной полости (более 7 сут.)	21	19,8
Эксудативный плеврит	27	25,4
Инородные тела плевральной полости, легкого, сердца, грудной стенки	6	5,6
Несостоятельность швов культи главного бронха	3	2,8

**Таблица 4. Факторы, способствующие развитию гнойных осложнений у пострадавших с огнестрельными ранениями груди**

Как видно из данных представленных в табл. 4, развитию гнойных осложнений способствовали такие факторы, как кровопотеря более 1000 мл – 32%; эксудативный плеврит – 19,8%; длительное дренирование плевральной полости (более 7 сут.) в 19,8%. При этом такие факторы, как свернувшийся гемоторакс и несостоятельность швов культи главного бронха, способствовали развитию гнойных осложнений только в 7,5% и 2,8% соответственно. Из этого следует, что причины,

способствующие развитию гнойных осложнений у пациентов анализируемой группы, можно отнести больше к организационным, нежели связанных с тактическими ошибками.

Из общего количества поступивших пациентов умерло 32 (30,1%). При этом в группе А – 12 (11,3%), В – 20 (18,6%) раненых. В результате анализа протоколов судебно-медицинских вскрытий установлено, что в группе А основными причинами летальных исходов явился шок (рис. 3).



**Рис. 3. Структура летальных исходов в группе пациентов А с огнестрельными ранениями груди (%)**

Как видно из данных представленных на рис. 3, основной причиной летальных исходов у пациентов этой группы явился травматический шок – 4 (10,5%) при проникающих и 1 (4,7%) при непроникающих ранениях. Геморрагический шок стал причиной летального исхода у 2 (5,2%) пациентов с проникающими ранениями груди. Следует отме-

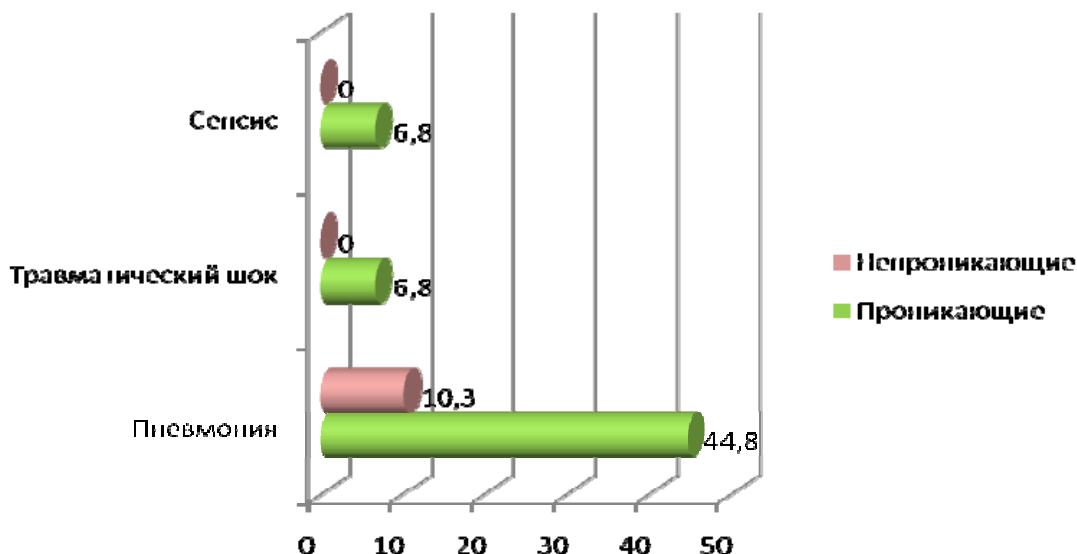
тить, что из 7 пострадавших с шоком впервые четыри с момента поступления умерли 4.

Пневмония привела к летальному исходу в 3 наблюдениях, с проникающими ранениями в 1 (2,6%) и с непроникающими в 2 (4,5%) наблюдениях. В большинстве наблюдениях смерть наступила на 7-8 сутки.

## ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

Медиастинит стал причиной смерти у 2 (5,2%) пострадавших с ранениями пищевода, развитие данного осложнения было связано с несостоятельностью анастомоза.

В группе В – 20 (18,6%) раненых, причины летальных исходов представлена на рис. 4.



**Рис. 4. Структура летальных исходов в группе пациентов В с огнестрельными ранениями груди (%)**

Из представленных на рис. 4 данных видно, что основной причиной летальных у пациентов данной группы была пневмония, развитие которой отмечено у 13 (44,8%) пострадавших с проникающими ранениями груди и у 3 (10,3%) раненых с непроникающими ранениями.

Сепсис тал причиной смерти 2 (6,8%) пациентов с проникающими ранениями груди.

Травматический шок привел к смерти у 2 (6,8%) раненых с проникающими ранениями груди.

При анализе причин, приведших к летальному исходу у пациентов с огнестрельными ранениями груди, можно выделить следующие: массивная кровопотеря, первичное инфицирование, торакотомия через первично-инфицированные раны грудной стенки, позднее обращение.

На основании проведенного анализа нами разработан лечебно-диагностический алгоритм, у пострадавших с огнестрельными ранениями грудной клетки, который включает:

1. Устранение боли – введение наркотических анальгетиков.
2. Восстановление проходимости дыхательных путей.
3. Пункция или, по мере необходимости, адекватное дренирование плевральной полости.

4. Остановка кровотечения и восполнение кровопотери (реинфузия).

5. Инфузионная, антибактериальная и симптоматическая терапия.

Исключение составляли лишь пациенты с признаками интенсивного продолжающегося кровотечения, (ранения органов средостения, обширный дефект легкого, магистральные сосуды и т. д.) которые из приемного отделения направлялись сразу же в операционную, где вмешательство начиналось на фоне интенсивной терапии.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проведенное исследование показывает, что огнестрельные ранения груди у пациентов среди гражданского населения характеризуются высокими показателями летальности и послеоперационных осложнений, которые зависят от времени доставки раненых, правильной диагностики и хирургической тактики. При этом основными недостатками в оказании помощи гражданскому населению с тяжелой огнестрельной травмой в условиях локального конфликта являются отсутствие системы догоспитальной помощи,ской инфраструктуры госпитального этапа, преемственности в лечении, реабилитации, возможности анализа результатов оказания помощи. Важным

---

фактором является недостаточная подготовка персонала к оказанию помощи пострадавшим с тяжелой сочетанной травмой.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абакумов, М.М. Диагностика и лечение одновременных ранений груди и живота / М.М. Абакумов, А.Н. Смоляр, Т.Т. Ткешелашвили // Хирургия. – 2005. - №1. – С. 4-8.
2. Бисенков, Л.Н. Лечение проникающих ранений сердца / Л.Н. Бисенков, Н.А. Тянинкин // Вестник хирургии. – 1989. – Т. 144. - №8. – С. 68-71.
3. Быков, В.П. Огнестрельные ранения груди и живота мирного времени / В.П. Быков // Хирургия. – 2003. - №7. – С. 72-74.
4. Масляков, В.В. Непосредственные результаты лечения огнестрельных ранений груди у детей / В.В. Масляков, А.Я. Дадаев, К.Г. Куркин // Новости хирургии. – 2014. - №3. – С. 356-359.
5. Рокицкий, М.Р. Легочные кровотечения у детей / М.Р. Рокицкий, П.Н. Гребнев // Ленинград: Медицина, Ленингр. отделение, 1983.– 199 с.
6. Kendall J.L., Anglin D., Demetriades D. Penetrating neck trauma // Emerg. Med. Clin. North. Am. – 1998. – Vol.16, №1. – P.85-105.
7. Shiroff A.M. Penetrating neck trauma: a review of management strategies and discussion of the 'No Zone' approach // Am Surg. – 2013. – Vol. 79. - №1. – P. 23-29.

УДК 618.3-06:616.511.4-08

Ю.В. Нефедьева<sup>1</sup>, О.Р. Зиганшин<sup>1</sup>, Н.А. Козавчинская<sup>2</sup>, В.В. Брик<sup>2</sup>

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПОЛИМОРФНОГО ДЕРМАТОЗА БЕРЕМЕННЫХ

Nefedieva Y.V., Ziganshin O.R., Kazavchinsky N.A., Brick V.V.

### CLINICAL CASE OF PREGNANT WOMEN WITH POLYMORPHIC DERMATOSIS

<sup>1</sup> Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Южно-Уральский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации  
Российская Федерация, 454092, Челябинск, ул. Воровского, 64

<sup>2</sup> Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер,  
Челябинск, Яблочкина, 24, Россия.

Нефедьева Юлия Владимировна – к. м. н., доцент кафедры дерматовенерологии, ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, women200681@mail.ru.

Зиганшин Олег Раисович – д. м. н., профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии, ФГБОУ ВО ЮУГМУ МЗ РФ, ziganshin\_oleg@mail.ru.

Козавчинская Наталья Александровна – заведующий отделением, врач дерматовенеролог, ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Dotor73@mail.ru.

Брик Виктория Владимировна – врач дерматовенеролог ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», Brik-2015@mail.ru.

ПРОВЕДЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ

#### РЕЗЮМЕ

Полиморфный дерматоз беременных (токсическая эритема беременных, дерматоз PUPPP) редкое заболевание, которое встречается с частотой 1:160 беременных. Наблюдается чаще при первой беременности. В начале заболевания внезапно появляются уртикарные, папулезные и эритематозные элементы. Изредка встречается папуловезикулезная сыпь. Больных полиморфным дерматозом беременных беспокоит зуд разной интенсивности. Иногда высыпания могут напоминать элементы многоформной экссудативной

эрите́мы. Описан клинический случай полиморфного дерматоза беременных: анамнез, описание клинической картины, схема лечения.

Заключение. Данное клиническое наблюдение представляет интерес как редко встречающийся полиморфный дерматоз беременных с типичными объективными признаками: эритема, папулы, папуловезикулезная сыпь.

**Ключевые слова:** полиморфный дерматоз беременных, PUPP дерматоз, папуловезикулезная сыпь

#### ABSTRACT

Polymorphic dermatosis in pregnant women (toxic erythema of pregnant women, PUPPP dermatosis) is a rare disease that occurs in 1:160 pregnant women. At the beginning of the disease hives, papules and erythematous elements suddenly appear. Occasionally there is a papulovesiculosis rash. Pregnant women with polymorphic dermatosis have itching of different intensity. Sometimes the rashes may resemble the elements of the multiforme exudative erythema. A clinical case of pregnant women with polymorphic dermatosis is described: anamnesis, a description of the clinical picture, a treatment regimen.

Conclusions. This clinical case is of interest of a rare polymorphic dermatosis in pregnant women with typical objective signs: erythema, papules, papulovesicular rash.

---

**Keywords:** pruritic urticarial papules and piaques in pregnancy, PUPP dermatosis, papulovesicular rash.

Полиморфный дерматоз беременных (токсическая эритема беременных, дерматоз PUPPP) редкое заболевание, впервые описан в 1979 г. Наблюдается в конце первой – во второй половине беременности или раннем послеродовом периоде, чаще при первой беременности. Полиморфный дерматоз беременных встречается с частотой 1:160 беременных. Описаны семейные случаи заболевания.

В начале заболевания внезапно появляются уртикарные, папулезные и эритематозные элементы, сливающиеся в более крупные очаги и приобретающие иногда форму кокарды. У 90% больных сыпь возникает вначале на животе, в области стрий, на ягодицах, затем она распространяется на любые участки, кроме верхних отделов груди. В отличие от крапивницы, элементы фиксированные, нередко вокруг имеется бледное гало. Иногда высыпания могут напоминать элементы многоформной экссудативной эритемы или симулировать герпес беременных. У части больных может развиваться обширная эритема, на фоне которой папулы остаются дискретными. Изредка встречается папуловезикулезная сыпь [1, 3-7]. Больных полиморфным дерматозом беременных беспокоит зуд разной интенсивности. За неделю до родов все проявления могут исчезнуть.

У новорожденных могут наблюдаться спонтанно разрешающиеся уртикоподобные и эритематозные высыпания. При повторных беременностях рецидивы наблюдаются редко.

При гистологическом исследовании выявляют неспецифическую картину: отек сосочкового соя, периваскулярные лимфогистиоцитарные инфильтраты с примесью эозинофилов.

Дифференциальную диагностику проводят с токсикодермией, герпесом беременных.

При полиморфном дерматозе беременных применяют антигистаминные препараты в сочета-

нии с топическими глюкокортикоидами. В тяжелых случаях проводят системную терапию глюкокортикоидами: преднизолон (в дозе 40 мг в день). Если матери во время беременности проводили системную терапию глюкокортикоидами, то ребенок нуждается в наблюдении неонатологом в связи с возможностью надпочечниковской недостаточности [2].

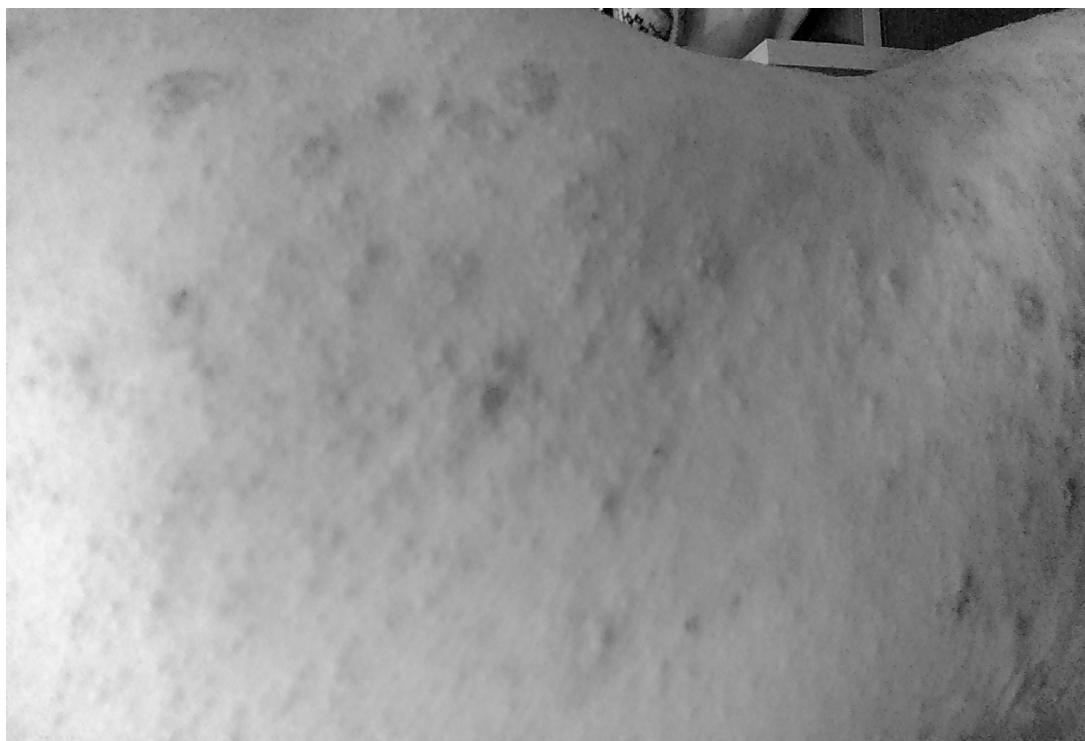
Приводим собственное клиническое наблюдение.

Больная О., 29 лет, обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер» с жалобами на распространенные высыпания на коже живота, спины и ягодиц, плеч, предплечий, бедер, голеней, интенсивный, периодический зуд. Больна в течение 4 недель, когда на 26-й неделе беременности (по счету первая) впервые обнаружила высыпания в виде пятен на коже живота, затем через неделю отметила появление пузырьков на фоне уже существующих высыпаний. В последующие несколько дней дерматологический процесс распространился по всему кожному покрову. Пациентка 01.12.2016 г. обратилась к дерматовенерологу по месту жительства, был выставлен диагноз: герпес беременных, назначена системная терапия ацикловиром в течение 2 недель, наружно фукорцином, без эффекта. 20.12.2016 г. обратилась в поликлиническое отделение ГБУЗ «Челябинский областной клинический кожно-венерологический диспансер», где был поставлен диагноз полиморфный дерматоз беременных.

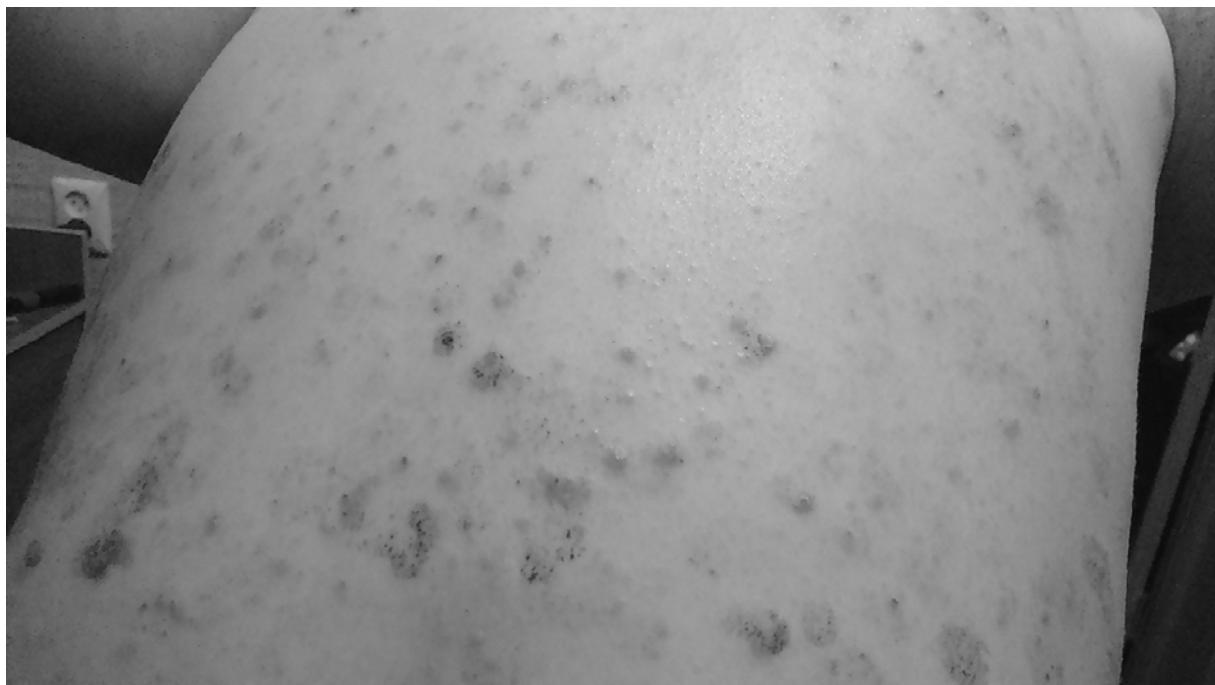
Объективно: поражение практически всего кожного покрова, за исключением кожи лица, волосистой части головы, ладоней и подошв. Высыпания представлены многочисленными папулами, папуловезикулами ярко-красного цвета до 1,5-2 см в диаметре, с четкими границами, округлой формы, склонные к слиянию (рисунок 1, 2).

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

---

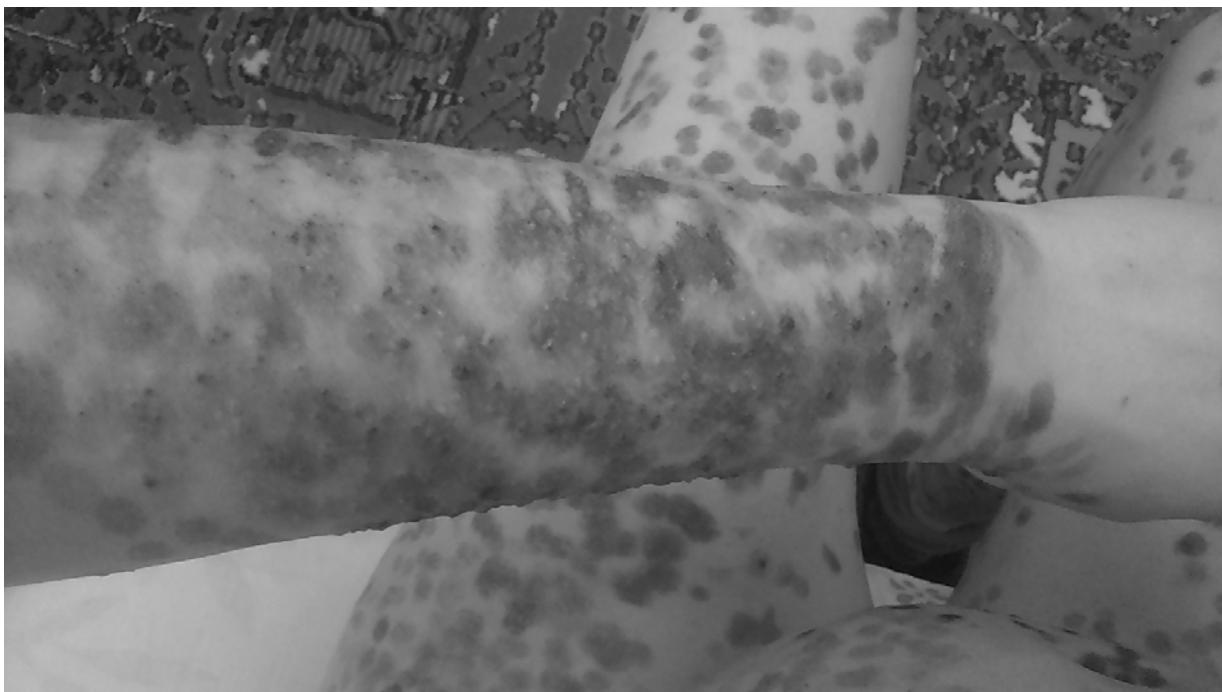


**Рисунок 1. Больная О. Полиморфный дерматит беременных.**

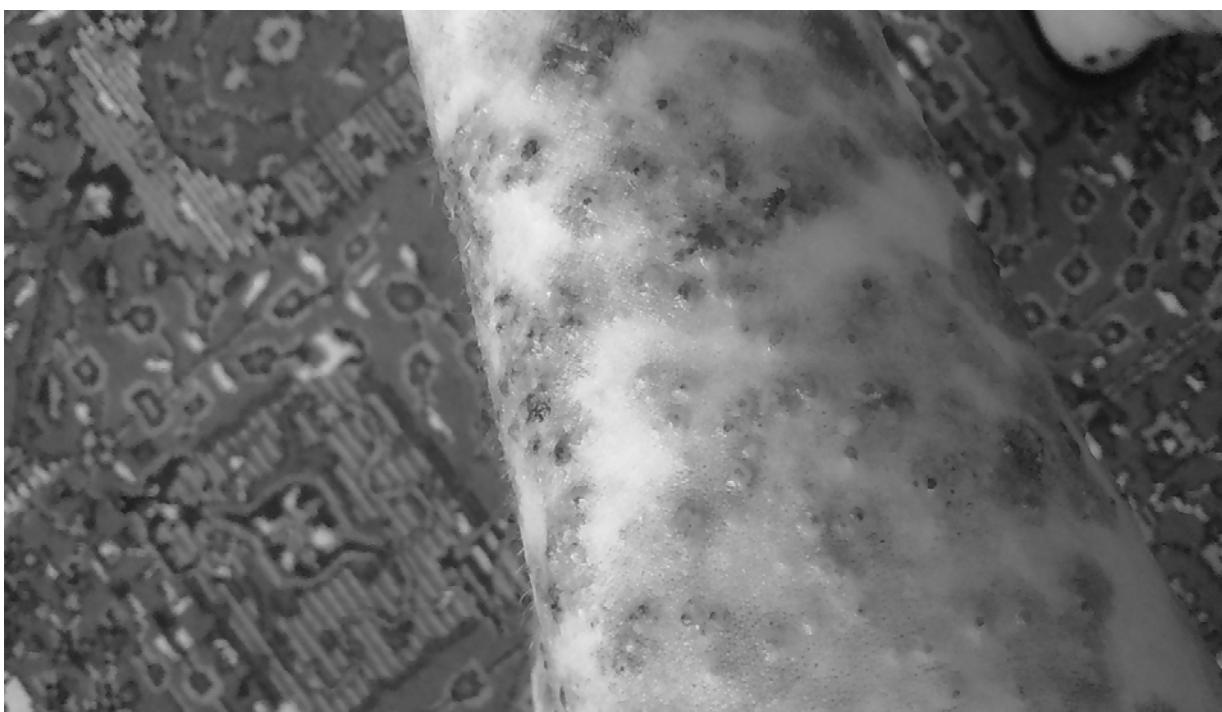


**Рисунок 2. Больная О. Полиморфный дерматит беременных.**

В области верхних конечностей в центральной эрозии, серозные корочки (рисунок 2). Ногтевые части папул множественные везикулы диаметром пластинки кистей и стоп не изменены. Слизистые до 0,3-0,7 см, с серозным содержимым (рисунок оболочки без высыпаний. Субъективно: выражен-3, 4). На месте вскрывшихся пузырей наблюдаются ный, периодический зуд.



**Рисунок 3. Больная О. Полиморфный дерматит беременных.**



**Рисунок 4. Больная О. Полиморфный дерматит беременных.**

В общем анализе крови эозинофилия (6,8%), тромбоцитопения  $177 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин в норме 117 г/л, гематокрит 34,7% (норма 35–45%), другие показатели в пределах нормы. Суммарные иммуноглобулины класса M в сыворотке крови увеличен: 2,37 г/л (норма 0,4–2,3 г/л), общий белок в сыворотке крови снижен 61 г/л (норма 64–

83 г/л), кальций снижен 2,11 ммоль/л (норма 2,15–2,5 ммоль/л), другие биохимические показатели в пределах нормы. В общем анализе мочи без патологии.

После получения результатов лабораторных исследований и заключения гинеколога о возможности проведения десенсибилизирующей те-

## В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ

рапии в условиях дневного стационара в отделении патологии беременности ГБУЗ «Областной перинатальный центр», пациентка получила лечение: тиосульфат натрия 30% -10 мл внутривенно на 0,9% физиологическом растворе 10 инъекций; супрастин 25 мг 2 раза в день 10 дней, лактофильтрум по 1 таблетке 3 раза в день 10 дней, местно растворы анилиновых красителей, метилпреднизолона ацепонат крем наружно 1 раз в день 10 дней. На фоне проведенного лечения отмечалось значительное клиническое улучшение дерматологического процесса. Пациентка была выписана с рекомендациями по дальнейшему лечению топическими препаратами: анилиновыми красителями, метилпреднизолоном ацепонатом кремом наружно 1 раз в день через день 8 дней, после чего рекомендована повторная консультация дерматолога.

Данное клиническое наблюдение представляет интерес как редко встречающийся полиморфный дерматоз беременных с типичными объективными признаками: эритема, на фоне которой дискретные папулы, папуловезикулезная сыпь. Некоторым больным полиморфным дерматозом беременных приходится назначать системную терапию глюкокортикоидами для устранения зуда и обратного развития высыпаний.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Елькин В.Д. Избранная дерматология. Редкие дерматозы и дерматологические синдромы / В.Д. Елькин, М.Л. Митрюковский, Т.Г. Седова // Иллюстрированный справочник по диагностике и лечению дерматозов. – Пермь, 2004. – 946 с.
2. Олисова О.Ю. Буллезный пемфигоид беременных / О.Ю. Олисова, Е.С. Снарская, В.В. Владимиров, Л.Р. Плиева, Э.М. Дзыбова // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2014. – № 5. – С. 17-21.
3. Well R., Hull P. Familial occurrence of pruritic urticarial papules and piaques pregnancy. J. Am. Acad. Dermatol. – 1992. – Vol. 26. – P. 715-717.
4. Cohen L.M. et al. Pruritic urticarial papules and piaques of pregnancy and its relation to maternal-fetal weight gain and twin pregnancy. Arch. Dermatol. – 2014. – Vol. 5. – P. 154-156.
5. Holmes R.C. Black M.M. The specific dermatosis pregnancy. J. Am. Acad. Dermatol. – 2013. . – Vol. 8. – P. 405-412.
6. Lawley T.J. et al. Pruritic urticarial papules and piaques of pregnancy. JAMA. – 2014. . – Vol. 2. – P. 498-501.
7. Weiss R., Hull P. Familial occurrence of pruritic urticarial papules and piaques of pregnancy. J. Am. Acad. Dermatol. – 2015. . – Vol. 2. – P. 115-117.

---

# **ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ ДЛЯ ЖУРНАЛА «ЮЖНО-УРАЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЖУРНАЛ»**

---

«Южно-Уральский медицинский журнал» является регулярным печатным изданием, выходит ежеквартально 4 раза в год. В журнале публикуются научные работы сотрудников образовательных, научно-исследовательских медицинских учреждений. В журнал принимаются статьи, содержащие результаты научных исследований, обзоры современной научной литературы во всех областях медицины, клинические наблюдения.

Статьи, направленные в другие журналы, не принимаются. При публикации статьи в журнале авторские права на нее переходят к редакции. Авторы учреждений.

1. Поступившие статьи могут быть отклонены в случае нарушения установленных правил оформления рукописей. Принятые к рассмотрению рукописи направляются на рецензирование членам редакционной коллегии либо внешним рецензентам. Окончательное решение о публикации статьи принимается редакционной коллегией на основании мнения рецензентов, авторы извещаются об этом заранее. Рукописи не возвращаются. Редакция не несет ответственности за достоверность собственных клинических исследований авторов статей.

2. Материалы в редакцию представляют по электронной почте sumed74@mail.ru. в текстовых файлах. Тексты печатаются чётким шрифтом без переносов на одной стороне стандартного листа белой бумаги. Основной текст набирается Times New Roman Cyr, 14 - кегль, сноски набираются размером 12 - кегль тем же шрифтом. Красная строка абзаца набирается отступом в 3 символа, т.е. 0,7 см. При использовании специфических символов - шрифты должны прилагаться.

3. Файл статьи должен содержать:

Построчно:

Для ссылки: Фамилия И. О. 1 автора статьи. Название статьи / Фамилия И. О. авторов статьи // Южно-Уральский медицинский журнал. - 2016. - № .-С....

УДК

НАЗВАНИЕ СТАТЬИ - прописными буквами  
Фамилия И.О. авторов статьи

Полное наименование организации, индекс, город, улица, дом

Фамилия, имя, отчество (полностью), ученая степень, звание, должность (каждого автора), наименование организации каждого автора

**ПРОВЕДЕНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ НЕ ИМЕЛО /  
ИМЕЛО ФИНАНСОВОЙ ПОДДЕРЖКИ**

Аннотация до 0,5 стр. на русском и Summary на английском языках с ключевыми словами (до 5) в конце их. Аннотация должна полностью отражать содержание статьи (цель, методы, результаты с цифрами, выводы).

В левом верхнем углу титульного листа должна быть виза и подпись руководителя учреждения или научного руководителя, заверенная круглой печатью учреждения. Статья должна состоять из следующих частей:

Введение является началом любой статьи. Во введении автор должен отразить актуальность проблемы и состояние вопроса на момент публикации, приведя данные подобных исследований. Необходимо также сформулировать научную гипотезу, которая будет подтверждена или опровергнута данным исследованием, четко определить объект исследования, сформулировав цель и задачи исследования. Материалы и методы – необходимо достаточно детализированное описание всех этапов исследования. В этой части следует описать исследуемую группу, указать время прохождения исследования и его характер, метод статистического анализа полученных данных. В результатах необходимо отразить, как проведенное исследование соотносится с научной гипотезой, высказанной во введении. Следует сравнить полученные результаты с таковыми в контрольной группе, проверить, все ли данные получены с помощью описанных методов, правильно статистически проанализированы. Если используются относительные величины показателей, необходимо указывать также абсолютные значения. Единицы измерений должны соответствовать Международной системе единиц. Таблицы и диаграммы

---

должны сделать полученные результаты наглядными и понятными читателю, но не должны дублировать текст статьи. Подписи к рисункам и описание деталей на них под соответствующей нумерацией необходимо представлять на отдельной странице. Место, где в тексте должны быть помещены рисунок или таблица, отмечается на полях страницы квадратом с номером рисунка или таблицы.

Обсуждение – в обсуждении следует объяснить результаты проведенной работы, как они могут быть применены на практике. В обсуждении не следует повторять содержание раздела «Результаты».

Выводы - должны кратко и точно отражать полученные результаты.

Указатель литературы. В нем должны быть указаны научные статьи, использованные в работе. При отсутствии последних редакция может отказать в публикации работы. В указателе все работы (отечественные и иностранные) перечисляются в порядке их цитирования по тексту статьи, а не по алфавиту. Порядок составления списка следующий: первый автор статьи или книги, название книги или статьи, выходные данные. В библиографическом описании книги (после ее названия) приводятся город (где она издана), после двоеточия название издательства, после точки с запятой год издания. В библиографическом описании статьи из журнала (после ее названия)

приводится сокращенное название журнала, год издания, номер отечественного журнала (для иностранных журналов номер тома, в скобках номер журнала), страницы – первая и последняя (через тире). Список литературного обзора, как правило, должен иметь не менее 35 и не более 70 ссылок на научные статьи и книги.

4. Статья сопровождается:

- заявлением автора (авторов) на имя гл. редактора журнала с просьбой о публикации статьи в журнале (в свободной форме);
- служебным и домашним адресами автора (авторов) с почтовыми индексами;
- номерами телефонов (домашнего и служебного) автора (авторов).

Направляя рукопись в редакцию журнала, автор гарантирует, что данная статья не была ранее опубликована и не направлена одновременно в другое издание.

Редколлегия оставляет за собой право сокращать и редактировать статьи.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, возвращаются авторам без рассмотрения.

5. За содержание опубликованных материалов ответственность несёт автор статьи.

6. Публикуемые материалы, сопроводительное письмо направлять по адресу: 454048, г. Челябинск, ул. Яблочкина, 24 или по e-mail: sumed74@mail.ru.

---

# **ПЛАН РАБОТЫ РОССИЙСКОГО ОБЩЕСТВА ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ ЧЕЛЯБИНСКОЕ ОТДЕЛЕНИЕ ИМЕНИ И.И. ИЛЬИНА НА 2017 ГОД**

№ п/п	Наименование	Срок проведения
<b>Конференции</b>		
1	Областная научно-практическая конференция дерматовенерологов и косметологов «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии»	16-17.11.17
2	5-й Уральский медицинский форум «Современные тенденции развития медицинской косметологии»	24-25.04.17
<b>Школы-семинары «Актуальные вопросы дерматовенерологии и косметологии»</b>		
3	Школа-семинар «Междисциплинарный подход к диагностике и терапии акне»	15.02.2017
4	Школа-семинар «Псориатический артрит: консенсус дерматологов и ревматологов»	15.03.2017
5	Школа-семинар «Коморбидные состояния в дерматовенерологии»	19.04.2017
6	Школа-семинар «ИППП и урогенитальные инфекции: современные подходы к диагностике и терапии»	17.05.2017
7	Школа-семинар «Вопросы диагностики и терапии микотической инфекции»	14.06.2017
8	Школа-семинар «Псориаз с точки зрения современной медицины»	20.09.2017
9	Школа-семинар «Атопический дерматит: консенсус дерматологов, иммунологов и педиатров»	18.10.2017
10	Школа-семинар «Актуальные тенденции в современной косметологии»	13.12.2017
<b>заседания общества ЧОДВиК – каждый 4-й четверг месяца (кроме июля, августа)</b>		

Главный врач ГБУЗ «ЧОККВД»,  
главный внештатный специалист по  
дерматовенерологии УФО

О.Р. Зиганшин

**ПРОЕКТ УЧЕБНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОГО ПЛАНА  
ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
ПО ПРОГРАММАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ НА 2017 г.**

1	Дерматовенерология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-дерматовенерологи	14.03.2017 - 10.04.2017
2	Дерматовенерология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-дерматовенерологи	14.11.2017 - 11.12.2017

**ПРОЕКТ КАЛЕНДАРНОГО ПЛАНА  
ПОДГОТОВКИ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПО  
ПРОГРАММАМ ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО  
ОБРАЗОВАНИЯ НА 2017 г. НА ВНЕБЮДЖЕТНОЙ ОСНОВЕ**

1	Дерматовенерология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-дерматовенерологи	06.02.2017 - 07.03.2017
2	Высокотехнологическая медицинская помощь в дерматовенерологии	ПК (72 ч.)	врачи-дерматовенерологи	11.04.2017 - 24.04.2017
3	Дерматовенерология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-дерматовенерологи	15.05.2017 - 10.06.2017
4	Дерматовенерология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-дерматовенерологи	10.10.2017 - 06.11.2017
5	Высокотехнологическая медицинская помощь в дерматовенерологии	ПК (72 ч.)	врачи-дерматовенерологи	10.10.2017 - 23.10.2017
6	Косметология	ПП (576 ч.)	при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности "Дерматове- нерология"	23.01.2017 - 19.05.2017
7	Косметология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-косметологи	25.01.2017 - 21.02.2017
8	Косметология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-косметологи	31.03.2017 - 27.04.2017
9	Косметология	ПП (576 ч.)	при наличии подготовки в интернатуре/ординатуре по специальности "Дерматове- нерология"	04.09.2017 - 25.12.2017
10	Косметология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-косметологи	19.09.2017 - 16.10.2017
11	Косметология (Сертификационный цикл)	ПК (144 ч.)	врачи-косметологи	01.11.2017 - 28.11.2017

---

## **АКТУАЛЬНАЯ ИНФОРМАЦИЯ**

**Уважаемые коллеги!**

**Обращаем ваше внимание:**

1. 24.03.2017 года было получено свидетельство о регистрации в Национальном агентстве ISSN и присвоен Международный стандартный номер serialного издания (International Standard Serial Number)
2. На второе полугодие 2017 г. все желающие могут подписаться на наш журнал по каталогу «РОСПЕЧАТЬ». Индекс подписки: П5518
3. С апреля 2017 года изменился состав редакционной коллегии
4. Редакционная коллегия журнала с апреля 2017 года поменяла требования к статьям
5. Состояние по запросу об изъятии статьи «Светодиодные источники. Возможности изучения биологической безопасности с использованием иммунологических и психофизиологических методов» из журнала 2014 года выпуск №1: был подан запрос об изъятии статьи от 30.12.2016 г. и повторный запрос от 10.04.2017 г., данный запрос находится в обработке научной электронной библиотеке eLIBRARY

---

## **ДЛЯ ЗАМЕТОК**

---

## **ДЛЯ ЗАМЕТОК**