

2019. Том 8. № 1

**НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ**

Издается с 2012 года, ежеквартально.

Учредитель:
Ставропольский
государственный
медицинский
университет

Территория
распространения:
Российская Федерация

Зарегистрирован
в Федеральной службе
по надзору
за соблюдением
законодательства
в сфере связи,
информационных
технологий
и массовых
коммуникаций
ПИ № ФС77-49267
от 4 апреля 2012 года.

Журнал включен
в Реферативный журнал
и Базы данных ВИНТИ РАН
и зарегистрирован в НЭБ
(научной электронной библиотеке)
в базе данных РИНЦ (Российского
индекса научного цитирования)
на основании лицензионного
договора № 596-12/2012
от 21 декабря 2012 г.

E-mail:
smu@stgmu.ru

Ответственный редактор
Максименко Е. В.

Перевод:
Петросян В. С.
Джирова К. П.

Технический редактор
Рубцова Л. А.

Тираж: 650 экз.

Адрес редакции:
355017, Ставрополь,
ул. Мира, 310

Телефоны:
(8652) 35-25-24; 35-32-29

Факс: (8652) 35-25-24

Вестник молодого учёного

Journal of Young Scientist

Главный редактор

ХРИПУНОВА АЛЕСЯ АЛЕКСАНДРОВНА

**РЕДАКЦИОННАЯ
КОЛЛЕГИЯ:**

АСХАКОВ МАРАТ СОЛТАНОВИЧ

АТАНЕСЯН РОЗА АРТУРОВНА

ГЛАДКИХ НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА

ГРИШИЛОВА ЕЛЕНА НИКОЛАЕВНА

ДЖИРОВА КРИСТИНА ПЛАТОНОВНА

ДОЛГАЛЕВ АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ

КОРОЙ ПАВЕЛ ВЛАДИМИРОВИЧ

КОШЕЛЬ ЕЛЕНА МИХАЙЛОВНА

КУРЬЯНИНОВА ВИКТОРИЯ АЛЕКСАНДРОВНА

МАКСИМЕНКО ЕКАТЕРИНА ВАСИЛЬЕВНА

МАЯЦКАЯ НАТАЛЬЯ КОНСТАНТИНОВНА

МИНАЕВ СЕРГЕЙ ВИКТОРОВИЧ

МУРАВЬЕВА АЛЛА АНАТОЛЬЕВНА

ОДИНЕЦ АЛЕКСЕЙ ВАСИЛЬЕВИЧ

ПЕТРОСЯН ВИКТОРИЯ СУРЕНОВНА

САНЕЕВА ГАЛИНА АЛЕКСАНДРОВНА

САХАРОВА ВИКТОРИЯ МИХАЙЛОВНА

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

ВНУТРЕННИЕ БОЛЕЗНИ

- Н. В. АГРАНОВИЧ, С. А. КНЫШОВА, А. С. АНОПЧЕНКО,
А. Т. КЛАССОВА, Л. А. ПИЛИПОВИЧ, В. С. МАЦУКАТОВА
ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ
ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА С НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ 3

ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ

- И. Б. КАЗЬМИНА, В. В. ЧЕБОТАРЕВ, М. В. КОШЕЛЬ, А. В. ОДИНЕЦ,
А. Ю. СОТНИКОВА, В. С. ПУГАЧЕВА, А. О. КОРОБЕЙНИКОВА
ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ
НА ОСНОВЕ РЕТИНОЛА И АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ
У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ПОЗДНИЕ АКНЕ 8
- И. Б. КАЗЬМИНА, М. В. КОШЕЛЬ, А. В. ОДИНЕЦ, А. Ю. СОТНИКОВА
ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА
ПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ НОГТЯ 11
- И. Б. КАЗЬМИНА, М. В. КОШЕЛЬ, А. В. ОДИНЕЦ,
А. Ю. СОТНИКОВА, В. С. ПУГАЧЕВА
ГИРСУТИЗМ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ ПОЗДНИЕ АКНЕ 14

ДЕФЕКТОЛОГИЯ

- Д. С. КАЛМЫКОВА, Н. К. МАЯЦКАЯ
ФОРМИРОВАНИЕ АКТИВНОГО СЛОВАРЯ У ДЕТЕЙ
СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ
НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ 17

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ
И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

- Е. К. ЧЕПРУНОВА
ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ
ОТДЕЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ
ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ 21

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

- М. С. АСХАКОВ
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОНИХОГРИФОЗА
У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ 24

ОБЗОР

- М. С. АСХАКОВ, В. В. ЧЕБОТАРЁВ
СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ
ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С МИКОПЛАЗМАМИ 27
- С. С. ЭЛЬГАЙТАРОВА, Л. В. БОРОДИНА
ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ 31
- М. С. АСХАКОВ, В. В. ЧЕБОТАРЁВ
КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ
БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ 38

ORIGINAL RESEARCH

INTERNAL DISEASES

- N. V. AGRANOVICH, S. A. KNYSHOVA, A. S. ANOPCHENKO,
A. T. KLASSOVA, L. A. PILIPOVICH, V. S. MATSUKATOVA
PROBLEMS AND MISTAKES OF MEDICAL
PRACTICE WHILE TREATING RETIRED
PATIENTS WITH THE NEPHROLOGICAL PATHOLOGY 3

DERMATOVENEROLOGY

- I. B. KAZMINA, V. V. CHEBOTAREV, M. V. KOSHEL, A. V. ODINETS,
A. Yu. SOTNIKOVA, V. S. PUGACHEVA, A. O. KOROBAYNIKOVA
EXPERIENCE OF APPLICATION
OF RETINOIC PEELING AND AZELAIC ACID
IN ADULT ACNE PATIENTS 8
- I. B. KAZMINA, M. V. KOSHEL, A. V. ODINETS, A. Yu. SOTNIKOVA
DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS
OF NAIL PIGMENTATION DESORDERS 11
- I. B. KAZMINA, M. V. KOSHEL, A. V. ODINETS,
A. Yu. SOTNIKOVA, V. S. PUGACHEVA
HIRSUTISM OF ACNE IN ADULT FEMALE PATIENTS 14

DEFECTOLOGY

- D. S. KALMYKOVA, N. K. MAYATSKAYA
FORMATION OF ACTIVE DICTIONARY AT CHILDREN
OF SENIOR PRESCHOOL AGE WITH EASY DEGREE
OF INSUFFICIENCY OF INTELLECTUAL DEVELOPMENT 17

PUBLIC HEALTH
AND HEALTHCARE

- E. K. CHEPRUNOVA
DYNAMICS OF SEPARATE CHRONIC
RESPIRATORY DISEASE MORBIDITY
IN CHILDREN IN STAVROPOL TERRITORY 21

CLINICAL CASE

- M. S. ASKHAKOV
A CLINICAL CASE OF ONYCHOGRYPHOSIS
IN ELDERLY WOMEN 24

REVIEW

- M. S. ASKHAKOV, V. V. CHEBOTARYOV
A MODERN TAKE ON UROGENITAL DISEASE
ASSOCIATED WITH MYCOPLASMA 27
- L. V. BORODINA, S. S. ELGAYTAROVA
URINARY TRACT INFECTIONS AND DIABETES MELLITUS 31
- M. S. ASKHAKOV, V. V. CHEBOTARYOV
THE CLINICAL MANIFESTATIONS
OF BACTERIAL INFECTIONS OF THE SKIN 38

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. В. Агранович, С. А. Кнышова, А. С. Анопченко,
А. Т. Классова, Л. А. Пилипович, В. С. Мацукатова

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Один из врачей древности говорил, что медицина является историей человеческих ошибок. Историки до сих пор спорят, кому же на самом деле принадлежит выражение, ставшее впоследствии крылатым: «Errare humanum est» – «Человеку свойственно ошибаться». Говорить об ошибках вообще трудно, особенно медицинских. Однако, нет такой сферы деятельности, где этот вопрос не был так важен и изучался так тщательно, как в медицине. Любой врач не застрахован от профессиональных ошибок так же, как и представитель любой другой специальности. Однако в силу особенности его профессии они приобретают большое общественное значение.

Агранович Надежда Владимировна, доктор медицинских наук, профессор, заведующая кафедрой поликлинической терапии, декан ФДПО ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: nagranovich@mail.ru; тел. моб. 89624430450.

Кнышова Светлана Александровна – кандидат медицинских наук, доцент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: knyshova_s@mail.ru; тел. моб. 89054156003.

Анопченко Алена Сергеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: a.anopchenko@mail.ru; тел. моб. 89187449505.

Классова Айгуль Тахировна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: aigul.pirmuhametova@yandex.ru; тел. моб. 89197524652.

Пилипович Людмила Алексеевна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: rakitina.l@list.ru; тел. моб. 89034466988.

Мацукатова Виктория Спиридовна – ассистент кафедры поликлинической терапии ФГБОУ ВО Ставропольский государственный медицинский университет МЗ РФ; E-mail: vika-asteri@mail.ru; тел. моб. 89097562987.

Причины ошибок могут быть объективными и субъективными. Первые чаще всего они могут быть связаны с изменением взглядов на лечение определенного заболевания. Комплекс лечебных мероприятий, который считался наиболее рациональным еще совсем недавно, с позиций новейших достижений науки может быть квалифицирован как не достаточный или даже ошибочный. Большой блок составляют ошибки, допущенные врачами в процессе их общения с пациентами, вследствие несоблюдения основных деонтологических и этических норм и принципов [6].

Вместе с тем, наибольшие трудности и ошибки возникают при ведении пациентов пожилого и старческого возраста.

При ведении больных пожилого и старческого возраста врачу приходится решать не только чисто медицинские, но также психологические, деонтологические, социальные и другие проблемы, что требует от него профессиональных умений и навыков, базирующихся на учете особенностей данного возрастного контингента, знание которых во многом позволяет определить стратегию и тактику ведения пожилого больного.

Одной из особенностей больных пожилого и старческого возраста является полиморбидность, т.е. наличие у большинства из них нескольких заболеваний, каждое из которых имеет свои специфические проявления, особенности течения, осложнений, различный прогноз, поразному влияя на качество жизни и требует соответствующей индивидуализированной терапии. Происходящие по мере старения организма изменения в структуре и метаболизме тканей неизбежно отражаются в той или иной степени на функции ряда органов и систем, а, следовательно, и на количественных показателях, получаемых при лабораторно-инструментальных обследованиях пожилых [5].

Кроме того, необходимо учитывать, что в условиях полиморбидности происходит сложное переплетение многих симптомов, может снижаться их привычная диагностическая ценность, и в то же время различные проявления могут потенцировать друг друга, усиливая клинические симптомы. Развитие какого-либо заболевания часто вызывает у пожилых декомпенсацию сопутствующей патологии, например, манифеста-

ция или усиление выраженности депрессий на фоне обострения ИБС или гипертонической болезни, декомпенсация сахарного диабета при пневмониях или травмах и т.д. Наличие у пожилого больного полиморбидности требует от курирующего врача максимальной осведомленности и практической ориентации в различных смежных областях и интегрального клинического подхода к ведению больного [1].

Заболевания почек и мочеполовой системы занимают важное место не только в структуре заболеваемости населения в целом, но и в категории пожилых людей. Это заболевания – приводящие к резкому снижению качества жизни, высокой смертности пациентов и необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки.

Трудности и ошибки при ведении пациентов с нефрологической патологией заключаются в том, что заболевания почек часто начинаются и длительное время протекают бессимптомно или малой симптоматикой под «маской» других заболеваний (анемии, артериальной гипертензии, заболеваний ЖКТ, астенического синдрома, остеопатий и т.д.). В связи с этим, заболевания почек – проблема, не поддающаяся самостоятельной диагностике и лечению.

У пожилых пациентов к основным факторам риска развития заболеваний почек нередко добавляются специфические «старческие», такие как обменные нарушения, нефросклероз, лекарственные поражения, которые усугубляют не только лечение таких пациентов, но и сам диагностический процесс. Ошибки в ведении таких пациентов могут быть допущены на всех этапах:

- при диагностике заболеваний,
- при лечении пациентов,
- при ведении на амбулаторном этапе.

На диагностическом этапе трудности и ошибки возникают в результате двух основных причин:

1. не типичность нефрологических жалоб;
 2. недооценка анамнеза больного и симптомов заболевания;
- недостаточное знакомство с клинической картиной нефропатий;
 - незнание патогенеза различных нефропатий (подагрической, анальгетической и др.);
 - скудные представления терапевтов и других специалистов первичного звена здравоохранения об нефрологических и урологических заболеваниях, проявляющихся протеинурией, гематурией и др.;
 - упрощенная трактовка выявленных диагностических признаков [4].

В последние годы у клиницистов прочно закрепился термин – ХБП – «тихий убийца» («silentkiller»). И, к сожалению, он вполне оправдывает свое название. Длительно протекающее, практически без симптомов или под «маской» других заболеваний, уже через несколько лет приводит к гибели до 70-75% нефронов и развитию хронической почечной недостаточности.

В классической литературе названы «Основные жалобы нефрологического пациента:

1. Отеки лица.
2. Дизурические расстройства (олигурия, никтурия, поллакиурия, полиурия, недержание мочи, ишурия).
3. Боли в поясничной области (тупые, ноющие, острые, приступообразные, односторонние, двусторонние, иррадиация).
4. Изменение цвета мочи.
5. Повышение температуры тела.
6. Головная боль».

К сожалению, в практической деятельности специфические почечные жалобы на дизурические расстройства, боль в поясничной области, отеки, значительные изменения в моче появляются у пациентов при уже далеко развернутой картине заболевания. И, у впервые выявленных больных, эти симптомы в общей массе составляют около 15-20%. А вот такие жалобы, как общая слабость, снижение работоспособности, которые мы расцениваем, как общие, первыми появляются у 80-90% почечных пациентов. Выявленная анемия нередко расценивается как железодефицитная, в результате хронической кровопотери встречается у 50-60%, реноваскулярная артериальная гипертензия, у 60-70% больных, как гипертоническая болезнь, жажда по утрам и диспепсия – 40-45%, как заболевания ЖКТ [3%, 7%].

Ошибочная трактовка данных, получаемых при обследовании, влечет за собой неправильную лечебную тактику и дальнейший прогноз для больного.

В связи с этим хочется привести несколько клинических случаев из практики.

Клинический случай 1.

Больной А., 30 лет, в течение 5 лет отмечал повышение АД до 180/100 -200/120 мм. рт. ст. Наблюдался амбулаторно у участкового терапевта по поводу ГБ, злокачественное течение. Постоянно повышались дозы гипотензивных препаратов, проводилась их комбинация. Выраженного эффекта не было. После потери сознания на фоне высокого давления больной доставлен в больницу г. Ставрополя. Обследование в приемном отделении выявило высокие уровни креатинина (до 2300 мкмоль/л.), мочевины, анемию. Из анамнеза у родственников выяснено, что 5 лет назад был эпизод сильного переохлаждения, повышения температуры, гематурии. Не лечился, заболевание перенес на «ногах». Больной умер в приемном отделении. Посмертный диагноз: ХБП. ХГН. ХПН III ст., уремическая кома.

Клинический случай 2.

Пациент Д., 75 лет, обратился к участковому терапевту с жалобами на выраженную слабость, боли в эпигастрии, рвоту, жажду по утрам, похудание. Учитывая возраст и соответствующие жалобы, пациент был направлен в гастроэнтерологическое отделение с подозрением на опухоль поджелудочной железы. При обследовании в отделении был обнаружен высокий уровень азотемии.

При дополнительном расспросе установлено наличие в анамнезе мочекаменной болезни с редкими приступами, по поводу которой больной не обследовался и не лечился. Дальнейшее обследование подтвердило диагноз хронической почечной недостаточности, развившейся на фоне МКБ.

Особенностью повышения АД у пожилых пациентов с заболеваниями почек в 85-90% является атеросклероз. У пожилых людей даже без кардиоваскулярной патологии за счет увеличения жесткости артериальной стенки наблюдается повышенная лабильность артериального давления.

В связи с этим, у трети всех пациентов старше 65 лет встречается ортостатическая гипотензия, склонность к брадикардии. Поэтому, пожилым больным необходимо измерять артериальное давление особенно тщательно, как правило, в положении лежа и сразу после перехода в вертикальное положение. Так же необходим контроль артериального давления при каждом осмотре пожилого пациента, даже без соответствующих жалоб. Нередко пациенты пожилого и старческого возраста не испытывают неприятных симптомов при значительном повышении цифр артериального давления, больные могут хорошо себя чувствовать и при артериальном давлении 200/110 мм рт. ст., что может привести к тяжелым сердечно-сосудистым осложнениям.

Определенные трудности и ошибки возникают при дифференциальной диагностике ХБП и старческой почки. Скорость клубочковой фильтрации может снижаться у пожилых лиц на 35–50 %. Физиологическое снижение клубочковой фильтрации на 1% каждый год после 40 лет связано с постепенным уменьшением действующих нефронов и к 80 годам общее количество нефронов, может уменьшиться в 2 раза. Вместе с тем функция почек, снижающаяся с годами, может быть как практически нормальной, так и значительно нарушенной в отсутствие серьезного почечного заболевания. Снижение СКФ (по формуле CKD-EPI) наблюдается у 77% -80% больных.

Вместе с тем, несмотря на существенное снижение СКФ (с 120 до 60 мл/мин и ниже), концентрация креатинина в плазме крови не превышает норму. Это объясняется снижением мышечной массы организма по мере его старения [3, 9].

Пиелонефрит является наиболее частым заболеванием почек в старости.

Среди всех заболеваний почек у лиц пожилого и старческого возраста наиболее частым является пиелонефрит. На его долю приходится 15-25 % в этой возрастной группе. От 60 до 80 лет и старше частота заболевания прогрессирующе нарастает, как у мужчин, так и у женщин. В старческом возрасте почти в 80 % случаев он является причиной так называемой почечной смерти. Основные сложности диагностики заболевания заключаются в том, что часто оно протекает скрыто (латентно), носит атипичный, стертый характер; высокая температура, дизурические явления, боли в поясничной области у лиц пожилого и старческого возраста могут отсутствовать или быть слабо выраженными и даже гнойный пиелонефрит протекает со слабовыраженной клинической симптоматикой [3, 4]. Эти

факты необходимо учитывать при обследовании больных старших возрастных групп и проводить необходимые скрининговые исследования даже без наличия соответствующих жалоб со стороны больного.

В силу физиологических особенностей организма пожилые люди являются самой большой социальной группой потребителей лекарств. Именно в группе пожилых пациентов наблюдается наибольшая частота ошибок при выборе лекарственных средств [10].

Общие ошибки:

- лекарственные препараты назначают слишком часто, даже тогда, когда можно обойтись без них;

- назначают слишком много лекарств- полипрагмазия;

- врачу проще назначить что-нибудь на приеме, чем объяснить возможности лечения диетой, физическими упражнениями, изменениями в образе жизни и т.д.,;

- особенно часто назначают препараты с недоказанным действием – из-за их относительной дешевизны;

- при назначении препаратов не учитываются возможности всасываемости у пожилых, метаболизма лекарственных средств, изменения чувствительности к отдельным препаратам;

- лекарственная терапия назначается на неадекватное время – или короткими или, наоборот, длительными, курсами.

Наиболее распространенные ошибки антибактериальной терапии у взрослых по выбору препарата:

- Ампициллин: низкая биодоступность препарата (40%). У амоксициллина она достигает 75-93% ;

- Ко-тримоксазол: в целом высокая распространенность резистентности в России – до 30%. У пожилых она достигает 50% и выше.

- Резистентность к нитроксолину 93,4%. Препарат исключен из перечня препаратов для лечения нефрологической патологии по результатам исследования UTIAP (2005 г.)

- Комбинация антибиотика + нистатин: отсутствие доказательств клинической эффективности нистатина в профилактике кандидоза у пациентов без иммунодефицита приводит к необоснованным экономическим затратам.

По «Рекомендациям EAU (Европейской Ассоциации Урологов)» 2012 года и действующих рекомендаций Федерального руководства по использованию лекарственных средств, препаратами выбора для лечения неосложненных ИМП являются Фосфомицин и Нитрофурановые препараты [2, 4, 7] .

Нередкой ошибкой в практике врача является упорное назначение ИАПФ у нефрологических больных с артериальной гипертензией при появлении и/или нарастании уремии. Вместе с тем хроническая гипоперфузия почечной ткани, наблюдающаяся у пожилых пациентов и часто

связанная с развитием ИБП, сопровождается компенсаторной активацией местной РААС. Ангиотензин II поддерживает определенную величину просвета приносящих и выносящих артериол клубочка, обеспечивающих относительную стабильность внутриклубочкового давления и сохранность СКФ (скорости клубочковой фильтрации). Назначение ингибиторов АПФ, блокирующих образование ангиотензина II, и, следовательно, устраняющих его гемодинамические эффекты, сопровождается снижением СКФ с одновременным ростом сывороточной концентрации креатинина и калия. Возникает опасность развития ОПН, которая также протекает не типично у пожилых больных с ИБП – без олигурии и анурии (наблюдается лишь у 4-5% больных), с быстрым нарастанием сывороточного креатинина, гиперкалиемии и некорригируемой гипертонией [3, 9, 10].

Чтобы избежать ошибок при лечении необходимо:

- во всех случаях повышения концентрации креатинина более чем на 20% в первые 2 недели терапии ИАПФ провести обследование для исключения ИБП;
- если уровень креатинина после назначения блокатора РААС повысился на 30% от исходного, следует уменьшить дозу в 2 раза и оценить уровень креатинина и калия через 1-2 недели;
- при повышении уровня креатинина на 50% и более препарат необходимо отменить!
- удвоение дозы ИАПФ и БРА следует проводить не ранее чем через 2 недели при амбулаторном ведении пациентов под контролем уровня креатинина и калия.

К числу лекарственных средств, требующих коррекции доз у пожилых лиц, относятся так же препараты с узкой широтой терапевтического действия: сердечные гликозиды, аминогликозидные антибиотики, а также цефалоспорины, противодиабетические, антиаритмические, урикозурические средства, нестероидные противовоспалительные препараты.

В старшей возрастной группе диуретики менее эффективны, учитывая склонность пожилых лиц к нарушениям выведения натрия и воды из организма, особенно на фоне использования ингибиторов АПФ и/или БРА II.

Поэтому, диуретики у пожилых пациентов следует применять с особой осторожностью, медленно титруя дозы препаратов и контролируя вес тела пациента и уровень электролитов в крови [8].

Необходимо учитывать, что тиазидные диуретики, широко используемые в составе фиксированных комбинаций, становятся малоэффективными, начиная с 3б стадии ХБП, и связаны с высоким риском гиперурикемии. Для поздних стадий ХБП предпочтительно использование петлевых диуретиков.

У пожилых пациентов часто имеются проблемы с выведением мочи – частичное недержание (чаще у женщин) или, наоборот, затрудненное мочеиспускание (обычно у мужчин). Применение диуретиков усугубляет эту проблему. Больные самостоятельно прекращают прием препарата, снижая тем самым эффективность проводимого лечения. Поэтому, назначение этих препаратов у лиц пожилого и старческого возраста должны быть строго обоснованы, с адекватно подобранной дозой и комплаентностью пациента к данной терапии.

Одним из важнейших этапов ведения пожилых больных является амбулаторное лечение после выписки из стационара. При ведении пожилых пациентов в амбулаторных условиях часто допускаются стандартные ошибки. После выписки из стационара участковые терапевты неоправданно уменьшают дозу препаратов, применяются нерациональные комбинации антиангинальных препаратов, переводят больных на другие, более «доступные» и дешевые лекарства. Не осуществляется постоянный контроль состояния пациента. В постгоспитальном периоде лечащим врачом должны быть намечены сроки контрольных осмотров. Если пациент в стабильном состоянии и сам способен прийти на прием к врачу, то в течение первого года наблюдения рекомендуется проводить оценку состояния каждые 4–6 месяцев. После первого года – ежегодно.

Таким образом, можно сделать следующие выводы:

1. к диагностическим ошибкам часто приводят возрастные физиологические изменения, сопряженные с изменением личности больного, неправильной трактовке появившихся симптомов болезни, которые нередко воспринимаются как проявление старости и поэтому не вызывают у пациента стремления обратиться за медицинской помощью;
2. в основе длительного бессимптомного течения болезни у лиц пожилого и старческого возраста лежит медленное нарастание патологических процессов и степени тяжести поражения организма не соответствует маловыраженной симптоматике заболевания;
3. с возрастом изменяется фармакодинамика и кинетика лекарственных препаратов (на уровнях абсорбции, печеночного метаболизма, плазматического транспорта, экскреции, чувствительности и ответа рецепторов), что требует обязательной коррекции дозы и длительности назначения препаратов;
4. процессы восстановления после перенесенных заболеваний происходят более медленно, что обуславливает затяжной период реабилитации и часто меньшую эффективность терапии и обосновывает постоянный контроль состояния пожилого пациента.

Литература

1. Агранович, Н. В. Анализ взаимосвязи развития хронической болезни почек у пациентов старших возрастных групп с сердечно-сосудистой патологией. Задачи амбулаторного звена в ранней диагностике и профилактике [Электронный ресурс] / Н. В. Агранович, Д. В. Пустовой, Л. В. Алботова // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. Доступно по: www.science-education.ru/128-22649 Дата обращения: 15.01.2017.
2. Агранович, Н. В. Амбулаторный этап реабилитации пациентов с хроническим пиелонефритом [Электронный ресурс] / Н. В. Агранович, С. А. Кнышова, Е. А. Инютина // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2018. – № 2. Доступно по: <http://healthproblem.ru/magazines?text=181> Дата обращения: 10.01.2019.
3. Агранович, Н. В. Хроническая болезнь почек в амбулаторно-поликлинической практике. Диагностика, лечение, профилактика, МСЭ / Н. В. Агранович, С. А. Кнышова / Учебное пособие. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ. – 2014. – 60с.
4. Будылев, С. А. Современные подходы к диагностике и лечению урологической патологии в пожилом и старческом возрасте [Электронный ресурс] / С. А. Будылев, А. Н. Селиванов, О. Н. Эргашев, С. А. Будылев // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 4. Доступно по: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=20610> Дата обращения: 30.05.2018.
5. Дворецкий, Л. И. Пожилой больной в практике терапевта // РМЖ. – 1997. – № 20. – С. 2-10.
6. Жуманазаров, Н. А. Анализ ошибок и осложнений во врачебной практике [Электронный ресурс] / Н. А. Жуманазаров, Г. Баймуратов, М. Ильясов, Е. Ахыншаев, К. Алтыбаев, А. Б. Убайдаева // Фундаментальные исследования. – 2010. – № 1. – С. 41-43. Доступно по: <http://fundamental-research.ru/ru/article/view?id=1606> Дата обращения: 13.10.2017.
7. Молчанова, Л. Ф. Медицинская, социальная и экономическая эффективность лечения больных с нефрологической патологией в условиях дневного стационара / Л. Ф. Молчанова, И. Л. Грачева // Заместитель главного врача. – 2009. – № 10. – С. 17-23.
8. Медведев, И. Н. Корректирующие возможности диуретиков в лечении нарушений агрегации тромбоцитов больных артериальной гипертензией пожилого возраста / И. Н. Медведев, Т. Ю. Носова // Современные проблемы науки и образования. – 2007. – 6 (часть 3).
9. Пилипович, Л. А. Функциональное состояние почек у больных с изолированной ХОБЛ и в сочетании с артериальной гипертензией / Л. А. Пилипович, В. С. Мацукатова, Н. В. Агранович, О. А. Александрова, Л. В. Алботова, Г. Г. Бабашева // Актуальные вопросы современной медицины: материалы X межрегиональной научно-практической конференции для врачей первичного звена здравоохранения Северо-Кавказского федерального округа «Качество жизни лиц пожилого и старческого возраста – зеркало здоровья населения». – Ставрополь: Изд-во СтГМУ. – 2017. – С. 170-174.
10. Поведа, А. Г. Исследование проблем, возникающих у пожилых при приеме лекарственных препаратов [Электронный ресурс] / А. Г. Поведа, В. А. Поведа, К. Д. Артеага, В. В. Фесенко, Э. В. Фесенко, К. В. Перелыгин // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 2. Доступно по: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=6048> Дата обращения: 12.12.2017

ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ ВРАЧЕБНОЙ ПРАКТИКИ ПРИ ВЕДЕНИИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С НЕФРОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ

Н. В. АГРАНОВИЧ, С. А. КНЫШОВА,
А. С. АНОПЧЕНКО, А. Т. КЛАССОВА,
Л. А. ПИЛИПОВИЧ, В. С. МАЦУКАТОВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

При ведении больных пожилого и старческого возраста врачу приходится решать не только чисто медицинские, но также психологические, деонтологические, социальные и другие проблемы, что требует от него профессиональных умений и навыков, базирующихся на учете особенностей данного возрастного контингента, знание которых во многом позволяет определить стратегию и тактику ведения пожилого больного.

PROBLEMS AND MISTAKES OF MEDICAL PRACTICE WHILE TREATING RETIRED PATIENTS WITH THE NEPHROLOGICAL PATHOLOGY

N. V. AGRANOVICH, S. A. KNYSHOVA,
A. S. ANOPCHENKO, A. T. KLASSOVA,
L. A. PILIPOVICH, V. S. MATSUKATOVA

Stavropol State Medical University,
Stavropol

Treating of retired and old patients means maintaining not only medical but also psychological, deontological, social and many other problems. Doctor should possess various professional skills based on old age patients' peculiarities to determine right treating strategy.

Kidney and urogenital system deceases play an important role among retired person category. All these diseases lead to a sharp level of life decreas-

Заболевания почек и мочеполовой системы занимают важное место в категории пожилых людей. Это заболевания, приводящие к резкому снижению качества жизни, высокой смертности пациентов и необходимости применения дорогостоящих методов заместительной терапии в терминальной стадии – диализа и пересадки почки.

Трудности и ошибки при ведении пациентов с нефрологической патологией заключаются в том, что заболевания почек часто начинаются и длительное время протекают бессимптомно или малой симптоматикой под «маской» других заболеваний (анемии, артериальной гипертензии, заболеваний ЖКТ, астенического синдрома, остеопатий и т.д.). Это проблема, не поддающаяся самостоятельной диагностике и лечению. Поэтому, знание особенностей возникновения и течения нефрологической патологии у пациентов старших возрастных групп позволит избежать серьезных ошибок при диагностике и лечении этих пациентов.

Ключевые слова: полиморбидность, пациенты пожилого и старческого возраста, заболевания почек и мочеполовой системы

ing, high mortality among patients and using of such expensive methods of substitutional therapy of the terminal stage as dialysis and kidney transplant.

The main difficulty and mistake of nephrological pathology patients' treating is not to establish the right diagnosis. All these pathologies often develop without characteristic symptoms or have insignificant symptoms hiding under different ad-joining deceases such as anemia, arterial hypertension, disease of the gastrointestinal tract, asthenic syndrome, osteopathy and others. This is the problem that patient can't diagnose and treat by himself. That's why discovering of appearance and course of nephrological pathology deceases' peculiarities helps to avoid serious mistakes while establishing a diagnosis and treating retired patients.

Key words: polymorbidity, patients of retired and old age, kidney and urogenital system deceases

УДК 616.53-002:615.035

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ НА ОСНОВЕ РЕТИНОЛА И АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ПОЗДНИЕ АКНЕ

И. Б. Казьмина¹, В. В. Чеботарев¹, М. В. Кошель¹, А. В. Одинец¹,
А. Ю. Сотникова¹, В. С. Пугачева², А. О. Коробейникова¹

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

² ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

Казьмина Инна Борисовна – ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-918-742-05-59, e-mail: kazmina@list.ru

Вячеслав Владимирович Чеботарев – д.м.н., профессор кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-9624475355, e-mail: sg mukvd@mail.ru

Кошель Марина Владимировна – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89283214261, e-mail k010mv1979@mail.ru

Одинец Алексей Васильевич – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии

с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-962-449-89-59, e-mail: odinets1@yandex.ru

Сотникова Анна Юрьевна – лаборант кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89624390117, e-mail: sam13_r@mail.ru

Пугачева Виктория Сергеевна – ординатор 1-го года кафедры кожных и венерологических болезней ФГБВОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минздрава России, тел.: 8-965-061-77-88, e-mail: p_vic_s@mail.ru

Коробейникова Анастасия Олеговна – ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89283215812 e-mail k010mv1979@mail.ru

Введение. За последние годы частота встречаемости диагноза поздние акне возросла как в России так и за рубежом. В настоящий момент это объясняется влиянием факторов внешней среды – стрессами, распространенность так называемой «западной диеты», характеризующейся употреблением в пищу большого количества легко усваиваемых углеводов, белковых продуктов, содержащих лейцин, а также нерациональным использованием косметических средств и другое [5]. Среди пациенток с поздними акне встречаются случаи III и IV степени тяжести [6]. По нашим наблюдениям их до 20 %. Зачастую у такой категории пациенток встречаются эндокринные нарушения, коррекция которых, к сожалению, к излечению акне не приводит, а назначение гормональных препаратов носит временный характер, после их отмены рецидивы встречаются до 80 % случаев [7]. Продолжительная антибиотикотерапия приносит хорошие результаты, однако после их отмены процент рецидива крайне высок [1]. Использование системного изотретиноина в нашем понимании является предпочтительным у данной категории пациентов, однако имеет ряд существенных ограничений, в частности невозможность планирования беременности во время длительного приема, а также в короткие сроки после отмены препарата [3]. Эффективность контрацептивов на фоне приема изотретиноина снижается, а в виду того, что пациентки данной возрастной группы, как правило, ведут активную половую жизнь, возникает риск наступления незапланированной беременности на фоне препарата с тератогенным эффектом [2]. Кроме того, в возрасте после 25 лет, значительно чаще регистрируются хронические заболевания, являющиеся относительными противопоказаниями к приему многих препаратов – патологии печени и желчевыводящих путей, почек, нервной, сердечно-сосудистой и других систем [4].

Это создает определенные трудности в подборе методов терапии. В этих условиях необходимо разрабатывать новые пути лечения акне и коррекции постакне.

Цель исследования – установить эффективность химических пилингов на основе ретинола и азелаиновой кислоты при лечении пациенток с диагнозом поздние акне.

Материалы и методы. В исследование включены 30 пациенток с диагнозом поздние акне III степени тяжести, получавших курс химических пилингов с октября 2017 по март 2018 года, включавших использование четырех препаратов. Препарат 1 (состав: 15% азелаиновая кислота, 18 % салициловая кислота, 10 % миндальная кислота), препарат 2 (состав: 20 % азелаиновая кислота, 10 % миндальная кислота, 5 % фитиновая кислота, 5% 4N-бутилрезорцинол, 2%

феруловая кислота), препарат 3 (состав: 20% азелаиновая кислота, 3,5% молочная кислота, 2% экстракт чертополоха), препарат 4 (состав: 4% ретинол, 1% ретинилпропионат) [10]. Указанные препараты последовательно, в соответствии с инструкцией, наносились на кожу лица. После нанесения последнего слоя, экспозиция составляла 8 часов [8]. В качестве предпилинговой подготовки, а также в промежутках между процедурами, пациентки применяли крем, содержащий 20% азелаиновую кислоту 2 раза в сутки, при возникновении дерматита, кратность нанесения азелаиновой кислоты уменьшалась до 1 раза, по требованию применялся крем, содержащий 5% декспантенол. В ходе терапии применялись фотопротекторы с SPF 50+. На момент начала исследования распределение пациенток по возрасту и степени тяжести выглядело следующим образом, как показано на таблице 1. Средний возраст пациенток 1 группы составил $26,7 \pm 1$ лет, 2 группы – $31,3 \pm 1,1$ лет, 3 группы – $36,8 \pm 1,44$ лет, 4 группы – $41 \pm 0,5$ лет.

Таблица 1
Распределение пациенток с диагнозом поздние акне по возрастным группам

Группа 1	Группа 2	Группа 3	Группа 4
25-29 лет	30-34 года	35-39 лет	40-44 года
12 человек	9 человек	5 человек	4 человек

Для оценки эффективности терапии использовался дерматологический индекс акне (ДИА, адаптированный для РФ на кафедре первого Московского государственного медицинского университета имени И.М. Сеченова. Данный индекс рассчитывается с учетом количества комедонов, папул, пустул и узлов на коже лица. Обнаружено, что в 1 группе пациенток ДИА был достоверно выше, чем у пациенток 2, 3 и 4 групп. Выявлена достоверная обратная корреляционная связь между исходными значениями ДИА и возрастом пациенток. Через 2, 4 и 6 месяцев от начала терапии проводилась оценка индекса терапевтического эффекта (ИТЭ). В соответствии с 6-бальной шкалой [9]. ИТЭ выражался в процентах и оценивался в баллах. Значимым клиническим эффектом считалось уменьшение ДИА на 50 % и более. Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.

Результаты и их обсуждение. Полученные через 2, 4 и 6 месяцев результаты представлены в таблице 2. При оценке терапевтического эффекта полного исчезновения признаков и симптомов заболевания по сравнению с исходным уровнем, оценки «без улучшения» и «ухудшение» выявлено не было. Получены следующие результаты: у пациенток всех возрастных групп количество воспалительных элементов уменьшалось, а ИТЭ возрастал с увеличением числа процедур. Достоверных различий между полученными результатами у пациенток разных возрастных групп

получено не было. По завершению курса терапии «отличное улучшение» отмечалось у 22 человек, хорошее у 6 человек, умеренное у 2 человек.

В подавляющем числе случаев с высокой степенью достоверности у пациенток отмечалось отличное улучшение.

Таблица 2

Оценка результатов определения индекса терапевтической активности

	Группа 1			Группа 2			Группа 3			Группа 4		
	«отличное улучшение»	«хорошее улучшение»	«умеренное улучшение»	«отличное улучшение»	«хорошее улучшение»	«умеренное улучшение»	«отличное улучшение»	«хорошее улучшение»	«умеренное улучшение»	«отличное улучшение»	«хорошее улучшение»	«умеренное улучшение»
Через 2 месяца терапии	4 (33%)	5 (42%)	3 (25%)	3 (33%)	5 (56%)	1 (11%)	3 (60%)	1 (20%)	1 (20%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)
Через 4 месяца терапии	6 (50%)	4 (33%)	2 (17%)	4 (45%)	3 (33%)	2 (22%)	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)
Через 6 месяцев терапии	9 (75%)	2 (17%)	1 (8%)	6 (67%)	2 (22%)	1 (11%)	3 (60%)	2 (40%)	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)

Заключение. В ходе исследования установлена высокая эффективность химических пилингов на основе ретинола и азелаиновой кислоты при лечении пациенток с диагнозом поздние

акне. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный метод терапии пациенткам при невозможности применения системного изотретиноина, а также препаратов других групп.

Литература

1. Казьмина, И. Б. Оценка эффективности сочетанной терапии поздних акне системными изотретиноином и аутоплазматерапией / И. Б. Казьмина, М. В. Кошель, А. В. Одинец, А. О. Коробейникова, А. Ю. Сотникова // Дерматология в России. – 2018. – № S1. – С. 75-77.
2. Казьмина, И. Б. Побочные эффекты фототерапии у пациентов с поздними акне / И. Б. Казьмина, А. Ю. Сотникова, М. В. Полетаева / Сборник: Неделя науки – 2017. Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием. – 2017. – С. 104-105.
3. Масюкова, С. А. Изотретиноин в терапии акне / С. А. Масюкова, Э. Г. Сенакеева, И. В. Ильина // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – № 2. – С. 79-89.
4. Потекаев, Н. Н. Некоторые аспекты диагностики и лечения рефрактерных акне у женщин / Н. Н. Потекаев, М. В. Горячкина // Клиническая дерматология и венерология. – 2012. – № 1. – С. 72-78.
5. Чеботарев, В. В. Акне: этиология, патогенез, лечение / В. В. Чеботарев, Е. Н. Шиханова, М. В. Кошель / Монография. – Ставрополь: Издательство «Седьмое небо». – 2014. – 178 с.
6. Чеботарев, В. В. Поздние акне у женщин: особенности течения заболевания / В. В. Чеботарев, И. Б. Казьмина, М. В. Кошель, А. В. Одинец, А. О. Коробейникова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – № 4. – С. 544-547.
7. A review of diagnosis and treatment of acne in adult female patients [Электронный ресурс]. Доступно по: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5986265/> Дата обращения: 01.10.2018.
8. Al-Talib, H. Efficacy and safety of superficial chemical peeling in treatment of active acne vulgaris / H. Al-Talib, A. Al-Khateeb, A. Hameed, C. Murugaiah // An Bras Dermatol. – 2017. – 92(2) – P. 212-216.
9. Lucky, A. W. Effectiveness of norgestimate and ethinyl estradiol in treating moderate acne vulgaris / A. W. Lucky, T. A. Henderson, W. H. Olson et al. // J Am Acad. Dermatol. – 1997. – 37. – P. 746 – 754.
10. Singh-Behl D., Tung R. Chemical peels / M. Alam, R. Tung, H. Gladstone, editors. Cosmetic Dermatology Saunders. – Elsevier. – 2009.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ХИМИЧЕСКИХ ПИЛИНГОВ НА ОСНОВЕ РЕТИНОЛА И АЗЕЛАИНОВОЙ КИСЛОТЫ У БОЛЬНЫХ С ДИАГНОЗОМ ПОЗДНИЕ АКНЕ

И. Б. КАЗЬМИНА, В. В. ЧЕБОТАРЕВ,
М. В. КОШЕЛЬ, А. В. ОДИНЕЦ,
А. Ю. СОТНИКОВА, В. С. ПУГАЧЕВА,
А. О. КОРОБЕЙНИКОВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Целью исследования явилось установление эффективности применения химических пилингов на основе ретинола и азелаиновой кислоты при лечении пациенток с диагнозом поздние акне. В ходе проведенного исследования была установлена высокая эффективность химических пилингов на основе ретинола и азелаиновой кислоты при лечении пациенток с диагнозом поздние акне. Полученные результаты позволяют рекомендовать данный метод терапии пациенткам при невозможности применения системного изотретиноина, а также препаратов других групп.

Ключевые слова: поздние акне, изотретиноин, азелаиновая кислота, ретинол, миндальная кислота, пилинг.

УДК: 616.596 – 003.605

EXPERIENCE OF APPLICATION OF RETINOIC PEELING AND AZELAIC ACID IN ADULT ACNE PATIENTS

I. B. KAZMINA, V. V. CHEBOTAREV,
M. V. KOSHEL, A. V. ODINETS,
A. Yu. SOTNIKOVA, V. S. PUGACHEVA,
A. O. KOROBEYNIKOVA

Stavropol State Medical University,
Stavropol

S.M. Kirov Military medical academy,
Saint-Petersburg

The aim of the study was to establish the effectiveness of retinol and azelaic acid chemical peels in adult acne patients. In the course of the study, high efficiency of retinol and azelaic acid chemical peels was established in the treatment of patients with adult acne. The results obtained allow us to recommend this method of therapy to patients when it is impossible to use systemic isotretinoin, as well as drugs from other groups.

Key words: adult acne, isotretinoin, azelaic acid, retinol, mandelic acid, peeling.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ НОГТЯ

И. Б. Казьмина, М. В. Кошель, А. В. Одинец, А. Ю. Сотникова

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Казьмина Инна Борисовна – ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-918-742-05-59, e-mail: kazmina@list.ru

Кошель Марина Владимировна – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89283214261, e-mail k010mv1979@mail.ru

Одинец Алексей Васильевич – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-962-449-89-59, e-mail: odinets1@yandex.ru

Сотникова Анна Юрьевна – ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89624390117, e-mail: sam13_r@mail.ru

Дисхромии ногтевых пластин могут быть следствием большого количества различных причин, однако чаще всего такая аномалия указывает на патологические изменения в ногтевой пластине, аномалии связей ногтевая «пластина-ложе» и изменения ногтевого ложа [1]. Дисхромии разделяются на гипо- и гиперхромии, гиперхромии в свою очередь на меланиновые и немеланиновые. Меланиновая пигментация ногтей развивается вследствие активации меланоцитов дистального отдела матрикса ногтя и ногтевого ложа. Она может быть поперечной и продольной [2]. К причинам меланиновой пигментации ногтей можно отнести: травматизацию ногтя, в том числе UVA-повреждение (рис. 1, 2), прием лекарственных препаратов (цитотоксические), эндокринопатии, ВИЧ-инфекция, синдром Пейтса-Егерса, болезнь Лаугера, немеланиновые опухоли (микоидная псевдокиста) [5]. Иногда она может быть следствием грибковой инфекции (*Trichophyton rubrum nigricans* или плесневые грибы *Dematiaceous*) (рис. 3,

4) [3]. Кроме того, она может быть врожденной, примером является акропигментация Турена – врожденная форма гиперпигментации кожи дистальных отделов конечности, проявляющаяся накоплением пигмента вокруг ногтей пластин, а также под ними (рис. 5). Продольная меланонихия является следствием активации фокальных меланоцитов матрикса ногтя. Наибольшую опасность представляют меланонихии, возникающие вследствие пролиферации меланоцитов. К признакам пролиферации меланоцитов при развитии продольной меланонихии относят: изолированную пигментацию единичного пальца у пациентов в возрасте от 45 до 60 лет (пик заболеваемо-

сти меланомой 56 лет), асимметрия цвета и структуры полосы – неравномерная окраска, появление глобул и «клякс», развитие болевого синдрома, утолщение пигментного пучка в проксимальном направлении, изменение пигментации (потемнение, расширение), внезапно развившаяся пигментация на ранее визуально неизменной пластине, особенно I и II пальцев кисти и I пальца стопы (особая настороженность у пациентов с V и VI фототипами по Фитцпатрику), меланома в анамнезе (рис. 6), изменение формы и размера пластины, сопутствующие изменению его цвета, пигментация околоногтевой кожи дистальной фаланги (симптом Гетчинсона).



Рис. 1. Продольная меланонихия I пальца левой кисти после PUVA-терапии.



Рис. 4. Поражение ногтей *Trichophyton rubrum nigricans* I-IV пальцев правой кисти.



Рис. 2. Продольная меланонихия I пальца правой стопы после длительного применения гель-лака.



Рис. 5. Продольная меланонихия II и III пальцев правой кисти, акропигментация подногтевая Турена



Рис. 3. Поражение ногтей *Trichophyton rubrum nigricans* III – IV пальцев правой кисти.



Рис. 6. Подногтевая меланома II пальца правой стопы, возникшая у пациентки, ранее получавшей лечение по поводу меланомы правого плеча.

У пациентов с продольной меланонихией всегда следует подозревать диагноз подногтевой меланомы. Пациентам с изменением цвета ногтевой пла-

стины необходимо выполнять дерматоскопию, а в случае подозрения на меланому в условиях онкологического диспансера должна выполняться биопсия.

Дифференцировать меланонию нужно и с невусом ногтевого ложа, такая патология чаще всего встречается у пациентов в детском возрасте (рис. 7). Кроме того, необходимо проводить дифференцированную диагностику подногтевой меланомы с подногтевой гематомой (рис. 8), в этом случае болезненность и изменение окраски ногтевой пластины возникает непосредственно после травмы, имеет тенденцию уменьшаться в течение времени, для нее характерен ложный симптом Гет-



Рис. 7. Продольная меланонихия I пальца левой кисти у пациента, обусловленная невусом (отмечается с раннего детского возраста)

При меланоме *in situ* возможно полное удаление ногтевого аппарата с сохранением пальца. При первичной подногтевой меланоме проводится ампутация на уровне межфалангового сустава или мфаденэктомия регионарных лимфатических узлов [4]. Поскольку продольная меланонихия может быть признаком подногтевой

меланомы, необходим тщательный сбор анамнеза и регулярное динамическое наблюдение с целью выявления вышеуказанных признаков меланомы, что, несмотря на множества причин изменения окраски ногтевой пластины, позволит в кратчайшие сроки установить диагноз и провести соответствующее лечение.



Рис. 8. Подногтевая гематома (посттравматическая) I пальца левой кисти.

меланомы, необходим тщательный сбор анамнеза и регулярное динамическое наблюдение с целью выявления вышеуказанных признаков меланомы, что, несмотря на множества причин изменения окраски ногтевой пластины, позволит в кратчайшие сроки установить диагноз и провести соответствующее лечение.

Литература

1. Нидерау, А. Большая книга по заболеваниям ногтей / А. Нидерау. – Санкт-Петербург: ООО Мирада, 2017. – 101 с.
2. Чеботарёв, В. В. Руководство для клинических ординаторов по дерматовенерологии / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков, А. В. Одинец, Н. В. Чеботарёва // В 2 томах. Том 1. Общие вопросы дерматологии. Клиническая дерматология. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – С. 343-354.
3. Berker, D. Nail anatomy / D. de Berker // Clin Dermatol. – 2013. – № 31. – P. 509-515.
4. Hoy, N.Y. New concepts in median nail dystrophy, onychomycosis, and hand, foot, and mouth

disease nail pathology [Электронный ресурс] / N. Y. Hoy, A.K. Leung, A.I. Metelitsa, S. Adams // ISRN Dermatol. – 2012. Доступен по: <http://dx.doi.org/10.5402/2012/680163> Дата обращения: 15.12.2018.

5. Riahi, R. R. Subungual amelanotic melanoma masquerading as onychomycosis / R. R. Riahi, P. R. Cohen, L. H. Goldberg // Cureus. – 2018. – № 10(3). – P. 2307.
6. Tosti, A. The nail in systemic diseases / A. Tosti, M. Iorizzo, B. M. Piraccini, M. Starace // Dermatol Clin. – 2006. – № 24. – P.341-347.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ПИГМЕНТНЫХ НАРУШЕНИЙ НОГТЯ

И. Б. КАЗЬМИНА, М. В. КОШЕЛЬ,
А. В. ОДИНЕЦ, А. Ю. СОТНИКОВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В статье представлены основы дифференциальной диагностики гиперпигментаций ногтевых пластин и ногтевого ложа. Проиллюстрированы основные клинические ситуации, с которыми сталкивается врач-дерматолог в ежедневной практике. Обращено внимание на необходимость соблюдения онконастороженности у пациентов старшей возрастной группы.

Ключевые слова: меланонихия, меланома, дисхромия, акропигментация Турена.

DIFFERENTIAL DIAGNOSTICS OF NAIL PIGMENTATION DESORDERS

I. B. KAZMINA, M. V. KOSHEL,
A. V. ODINETS, A. Yu. SOTNIKOVA

Stavropol State Medical University, Stavropol

The article presents the differential diagnosis of hyperpigmentation of the nail plates and the nail bed. The main clinical situations in daily dermatologist practice are illustrated. We note an attention of observing oncology in patients of the older age group.

Key words: melanonychia, melanoma, dyschromia, Touraine's acropigmentation.

ГИРСУТИЗМ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ «ПОЗДНИЕ АКНЕ»

И. Б. Казьмина¹, М. В. Кошель¹, А. В. Одинец¹,
А. Ю. Сотникова¹, В. С. Пугачева²

¹ ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

² ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова»
Минздрава России, Санкт-Петербург

Введение. Гирсутизм – это состояние, наблюдаемое у женщин, характеризующееся ростом терминальных волос в андрогензависимых зонах [6, 7]. Гирсутизм может быть следствием гиперандрогении, зачастую являющейся следствием эндокринных нарушений, и часто встречается у пациенток с поздними акне [2, 5]. Это объясняется тем, что гиперандрогения, о которой говорилось ранее, является причиной, приводящей к гиперсекреции сальных желез и нарушению ороговения, что является пусковыми моментами в развитие акне [1, 3]. Клинические рекомендации российского общества дерматовенерологов и косметологов 2015 года (РОДВК) пациенток с диагнозом акне на данный момент, к сожалению, не включают алгоритма обследования пациенток с диагнозом «поздние акне» [4]. При первичном обращении рекомен-

дованы: определение уровня свободного тестостерона, дегидроэпиандростерона сульфата, лютеинизирующего гормона, фолликулостимулирующего гормона, а также проведение теста на толерантность к глюкозе. Консультации гинекологов и эндокринологов, в соответствии с данными рекомендациями, должны выполняться по показаниям. Таким образом, высокую актуальность имеет вычленение клинических критериев, определяющих необходимость дополнительного обследования пациенток.

Целью данного исследования явилась оценка распространенности гирсутизма у пациенток с поздними акне.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 60 пациенток в возрасте от 25 до 40 лет, которые были разделены на 2 группы. В 1 группу вошли 30 пациенток с диагнозом «поздние акне» с I, II, III и IV степенью тяжести. Во 2 группу – 30 пациенток с нормальным типом кожи, которые не предъявляли жалоб на наличие высыпаний на коже лица, лечение по поводу угревой сыпи не получали. Критерии включения для пациенток 1 группы: наличие установленного диагноза «поздние акне», у пациенток 2 группы – жалоб не предъявляют, кожные покровы свободны от высыпаний. Критерии включения для обеих групп: наличие добровольного согласия на участие в исследовании, возраст от 25 до 40 лет. Критерии исключения: беременность и период лактации, прием комбинированных оральных контрацептивов и других препаратов, обладающих антиандрогенным эффектом, регулярная эпиляция, не позволяющая оценить характер оволосения, использование препаратов, стимулирующих рост волос (прием минерально-витаминного комплекса, миноксидила), прием системных глюкокортикостероидов, а также других иммунодепрессантов, стимулирующих рост волос. Оценка гирсутизма проводилась с использованием шкалы Ferriman-Gallwey. При отсутствии роста терминальных волос в указанной зоне рассчитывается балл, равный «0». Оценочный лист представлен на рисунке 1 [8].

Казьмина Инна Борисовна – ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-918-742-05-59, e-mail: kazmina@list.ru

Кошель Марина Владимировна – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89283214261, e-mail k010mv1979@mail.ru

Одинец Алексей Васильевич – к.м.н., доцент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел.: 8-962-449-89-59, e-mail: odinets1@yandex.ru

Сотникова Анна Юрьевна – лаборант кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, тел 89624390117, e-mail: sam13_r@mail.ru

Пугачева Виктория Сергеевна – ординатор 1-го года кафедры кожных и венерологических болезней ФГБОУ ВО «Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова» Минздрава России, тел.: 8-965-061-77-88, e-mail: p_vic_s@mail.ru

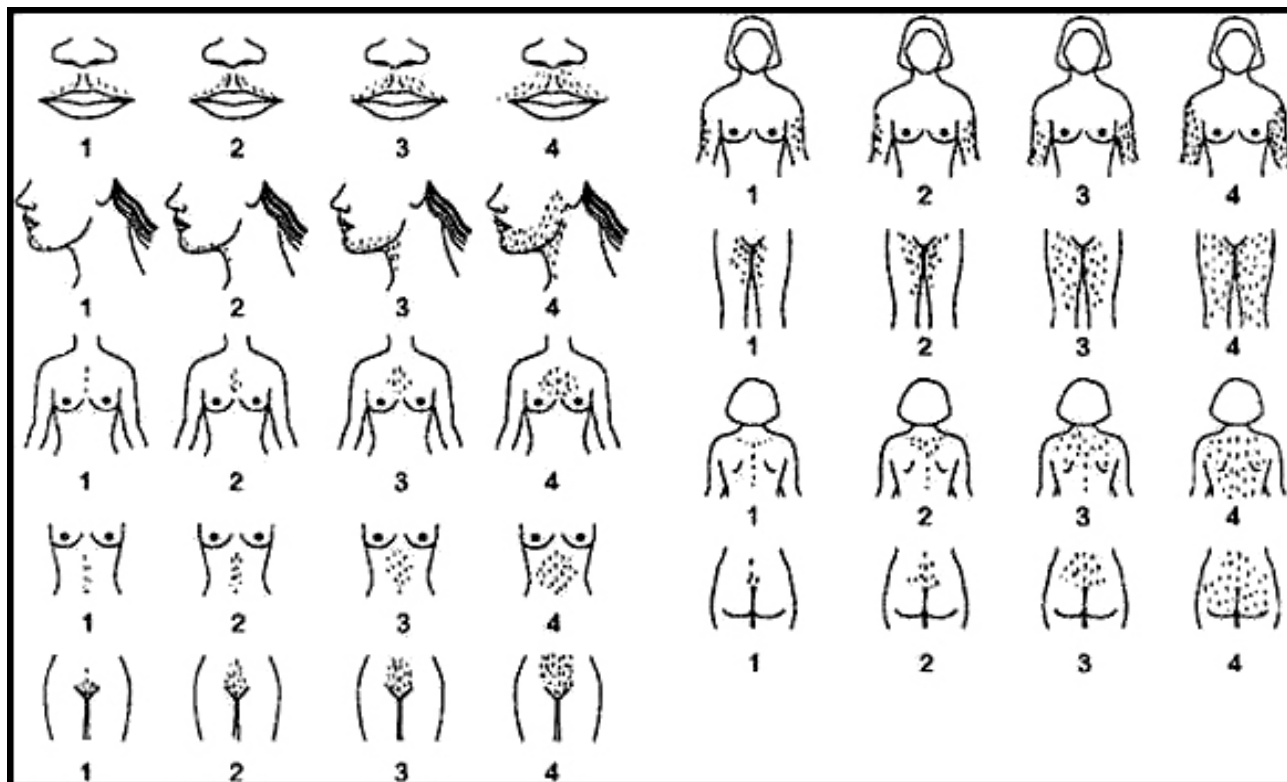


Рис. 1. Оценочный лист для определения выраженности гирсутизма по шкале Ferriman-Gallwey.

Оценка полученных результатов проводилась следующим образом:

- до 7 баллов – нормальное оволосение;
- 8-12 баллов – пограничное оволосение;
- более 12 баллов – гирсутизм [3].

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы STATISTICA 10.

Результаты и обсуждение.

Таблица 1

Распределение пациенток по возрасту

Возраст	Группа 1, чел.	Группа 2
25-29 лет	11 человек	8 человек
30-34 года	10 человек	8 человек
35-39 лет	6 человек	7 человек
40-44 года	3 человека	7 человек
Всего	30	30

Достоверных различий между пациентками по критерию «возраст» не получено, что делает группы по данному признаку сопоставимыми.

Таблица 2

Распределение пациенток 1 группы по степени тяжести акне

Возраст	I степень тяжести	II степень тяжести	III степень тяжести	IV степень тяжести
25-29 лет	1 человек	4 человек	5 человек	1 человек
30-34 года	2 человека	3 человека	3 человек	2 человека
35-39 лет	1 человек	2 человека	2 человека	1 человек
40-44 года	1 человек	1 человек	1 человек	0 человек
Всего				

В ходе осмотра гирсутизм оценивался по шкале Ferriman-Gallwey, были получены следующие результаты.

Таблица 3

Оценка гирсутизма у пациенток с поздними акне (чел.)

Возраст, лет	I степень тяжести				II степень тяжести				III степень тяжести				IV степень тяжести			
	До 7	8-12	Более 12	Итого:	До 7 баллов	8-12 баллов	Более 12	Итого:	До 7 баллов	8-12 баллов	Более 12	Итого:	До 7 баллов	8-12 баллов	Более 12	Итого:
25-29	0	0	1 (9%)	1	0	0	4 (36,4%)	4	0	0	4 (36,4%)	4	0	0	2 (18,2%)	2
30-34	0	1 (10%)	1 (10%)	2	0	2 (20%)	3 (30%)	5	0	0	2 (20%)	2	0	0	1 (10%)	1
35-39	0	1 (16,7%)	0	1	0	0	2 (33,3%)	2	0	0	2 (33,3%)	2	0	0	1 (16,7%)	1
40-44	0	0	0	0	0	0	1 (33,3%)	1	0	0	1 (33,3%)	1	0	0	1 (33,4%)	1
Итого:	0	2	2	4	0	2	10	12	0	0	9	9	0	0	5	5

У пациенток с поздними акне проявления гирсутизма чаще встречаются у пациенток со II и III степенью тяжести. Достоверных различий по степени тяжести гирсутизма между пациентками разных возрастных групп не получено.

В свою очередь у пациенток 2 группы получены следующие результаты.

Таблица 3

Оценка гирсутизма у пациенток 2 группы

Возраст	До 7 баллов	8-12 баллов	Более 12 баллов
25-29	5 (62,5%)	2 (25%)	1 (12,5%)
30-34	3 (50%)	1 (16,7%)	2 (33,3%)
35-39	4 (57%)	2 (28,7%)	1 (14,3%)
40-44	2 (22,2%)	4 (44,4%)	3 (33,4%)
Итого:	14 (46,6%)	9 (30%)	7 (23,4%)

Литература.

1. Голоусенко, И. Ю. Новый взгляд на лечение угревой болезни на фоне гиперандрогении / И. Ю. Голоусенко, И. М. Канаузова // Тезисы III Научно-практической конференции, посвященной памяти профессора А. Л. Машкиллейсона. МГМСУ. – М., 2004. – С.61-62.
2. Казьмина И. Б. Побочные эффекты фототерапии у пациентов с поздними акне / И. Б. Казьмина, А. Ю. Сотникова, М. В. Полетаева / Сборник: Неделя науки – 2017. Материалы Всероссийского молодежного форума с международным участием. – 2017. – С. 104-105.
3. Калинина, Н. А. Клинические аспекты синдрома гиперандрогении / Н. А. Калинина, И. М. Канаузова // Журнал Российской ассоциации акушеров-гинекологов. – 2003. – №1. – С.30-32.
4. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. –

ГИРСУТИЗМ У ПАЦИЕНТОК С ДИАГНОЗОМ ПОЗДНИЕ АКНЕ

И. Б. КАЗЬМИНА, М. В. КОШЕЛЬ, А. В. ОДИНЕЦ, А. Ю. СОТНИКОВА, В. С. ПУГАЧЕВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Целью данного исследования явилась оценка распространенности гирсутизма у пациенток с поздними акне. В ходе данного исследования было установлено, что гирсутизм чаще встречается у пациенток с поздними акне, являясь при этом следствием абсолютной или относительной гиперандрогении, чем у пациенток, не страдающих угревой сыпью. Степень выраженности гирсутизма коррелирует со степенью тяжести поздних акне.

Ключевые слова: гирсутизм, поздние акне, гиперандрогения, шкала Ferriman-Gallwey.

У пациенток 2 группы достоверно реже встречался гирсутизм $p < 0,05$. Это может быть объяснено тем, что одной из основных причин поздних акне является гиперандрогения и гирсутизм является его логичным следствием.

Выводы. Таким образом, гирсутизм чаще встречается у пациенток с поздними акне и, являясь следствием гиперандрогении, абсолютной или относительной, коррелирует со степенью тяжести акне. Оценка степени тяжести гирсутизма по шкале Ferriman-Gallwey должна включаться в алгоритм обследования пациенток с поздними акне, что может позволить облегчить диагностический поиск факторов развития заболевания, указывая на необходимость расширенного обследования пациенток с диагнозом поздние акне.

5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – С. 9-28.

5. Чеботарев, В. В. Поздние акне у женщин: особенности течения заболевания / В. В. Чеботарев, И. Б. Казьмина, М. В. Кошель, А. В. Одинец, А. О. Коробейникова // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – № 4. – С. 544-547.
6. Martin, K. A. Evaluation and treatment of hirsutism in premenopausal women: an Endocrine Society clinical practice guideline / K. A. Martin, R. J. Chang, D. A. Ehrmann, et al. // J Clin Endocrinol Metab. 2008. – № 93 (4). – P. 1105–1120.
7. Rosenfield, R. L. Clinical practice / R. L. Rosenfield // Hirsutism. N Engl J Med. – 2005. – № 353 (24). – P. 2578–2588.
8. Yildiz, B. O. Visually scoring hirsutism / B. O. Yildiz, S. Bolour, K. Woods, A. Moore, R. Azziz // Hum Reprod Update. – 2010. – № 16 (1). – P. 51–64.

HIRSUTISM OF ACNE IN ADULT FEMALE PATIENTS

I. B. KAZMINA, M. V. KOSHEL, A. V. ODINETZ, A. YU. SOTNIKOVA, V. S. PUGACHEVA

Stavropol State Medical University, Stavropol

Military Medical Academy named after S.M. Kirov, Saint-Petersburg

The purpose of this study was to estimate the prevalence of hirsutism in adult acne patients. It was found that hirsutism as a result of absolute or relative hyperandrogenism is more common in adult acne patients, but the healthy persons. Hirsutism correlates with the severity of adult acne.

Key words: hirsutism, adult acne, hyperandrogenism, Ferriman-Gallwey scale.

ФОРМИРОВАНИЕ АКТИВНОГО СЛОВАРЯ У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ

Д. С. Калмыкова, Н. К. Маяцкая

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Требования современной действительности предполагают наличие у детей грамотной, коммуникативной речи. Для овладения такой речью необходимо развитие активного словаря. Работы современных педагогов и психологов раскрывают особенности психофизического развития детей с нарушением интеллекта [2, 4, 9, 11].

Умственная отсталость – это стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, а также эмоционально-волевой и поведенческой сфер, обусловленное органическим поражением коры головного мозга, имеющим диффузный характер. Следовательно, дети с нарушением интеллекта – особая категория, для которой постижение речи является ежедневной нелегкой работой. Проблема состоит в том, что дети с интеллектуальной недостаточностью не обладают большинством функциональных речевых навыков в отличие от детей с нормальным развитием. Причины интеллектуальных нарушений у детей достаточно разнообразны и являются предметом изучения различных специалистов. Важно то, что для полноценного развития ребенку необходимо речевое общение, отсутствие такового влечет за собой, помимо медицинских проблем, проблемы психолого-педагогического характера [1, 4, 6].

Обладая относительно небогатым словарным запасом, ребенок практически отделен от сверстников, затруднено его обучение элементарным умениям и навыкам, исключены коммуникативные повседневные контакты. Речь, выступая в своем функциональном предназначении как средство общения, служит и важнейшим инструментом социализации учащихся с нарушением интеллекта. Поэтому развитие речи у таких детей

является одной из актуальных проблем логопедии и олигофренопедагогики [1, 3, 5].

Самостоятельный словарь у этой категории детей может быть определен как разговорно-бытовой с ограниченным запасом слов. У детей с умственной недостаточностью очень беден активный словарь, многие дети не знают точных названий хорошо знакомых им предметов, таких как перчатки, графин, будильник. Еще меньшим запасом слов они обозначают действия предметов. Большую сложность представляет для них усвоение и использование слов с приставками [7, 10, 12].

Большое значение имеет не только количественный запас слов, но и то, как точно они используются применительно к предметам и явлениям окружающего мира. Характерной особенностью речи детей – олигофренов является неправильное понимание и употребление слов, что приводит к произвольному переносу названий с одного объекта на другой. Например, они называют клюв – носом, кружку – чашкой, графин – вазой, волосы и перья – шерстью и т.д. В основе таких явлений лежит нарушение аналитической деятельности, недостатки памяти. Расплывчатость и неточность понимания слов, их сочетаний ярко обнаруживаются при попытке толковать значение незнакомых слов при осмысливании образных выражений, отгадывании загадок. Основным отличием речевой деятельности детей – олигофренов от нормально развивающихся является то, что они очень конкретно передают значение объясняемых слов: «красная девица» – «девица в красной шапке», «девица с красными щеками»; «старый друг» – «дед, старик»; «осторожный» – «это наступать на ток нельзя» и др. [2, 8, 11].

Цель исследования: выявить особенности развития активного словаря у детей старшего дошкольного возраста с нарушением интеллекта.

Материал и методы исследования. У 18 детей дошкольного возраста 5-6 лет с нарушениями интеллекта (легкой степенью олигофрении) проводилось изучение состояния развития активного словаря (I группа). У всех детей наблюдалось стойкое снижение познавательной деятельности в виде легкой степени умственной отсталости. Контрольную группу (II группа) составили 12 де-

Калмыкова Дарья Сергеевна – студентка 2 курса магистратуры кафедры дефектологии и русского языка Ставропольский государственный медицинский университет (Ставрополь), тел.: (8652)35-29-70; e-mail: kangeline@mail.ru

Маяцкая Наталья Константиновна, кандидат педагогических наук, доцент, заведующая кафедрой дефектологии и русского языка Ставропольского государственного медицинского университета

тей того же возраста с нормальным интеллектуальным развитием.

Перед процедурой обследования была изучена документация на каждого ребёнка, проведено непричастное наблюдение за работой на логопедических и общеобразовательных занятиях, с помощью которых удалось получить информацию об испытуемых, в частности их индивидуальные возможности, способности и интересы, а также особенности личностно-волевой сферы и поведения.

Проведен отбор слов для проверки. Были составлены словари-минимумы по следующим темам: «Части тела» (голова и лицо), «Одежда», «Посуда». В словарь вошло 186 слов общеупотребительной лексики, из них существительных 71, прилагательных 64, глаголов 51. При составлении словарей-минимумов мы руководствовались принципами отбора лексического материала, представленными в работах исследователей: тематический принцип, коммуникативная целесообразность, частота использования слов в речи детей, принцип опережающего речевого развития, доступность слов детям шестого года жизни по лексическим, фонетическим и грамматическим особенностям [9, 11, 12].

Для статистической оценки результатов использовались методы: параметрический t-критерий Стьюдента, для определения доверительных границ долей (процентов), метод углового преобразования Фишера. Достоверными считали различия при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. В словарь-минимум, используемый для установления активного словаря, вошли следующие слова:

– по теме «Части тела»: существительные: лицо, глаза, брови, ресницы, переносица, затылок; прилагательные: бледный, румяный, карий, молочный, коренной; глаголы: морщить, моргать, хмуриться и др.;

– по теме «Одежда»: существительные: жилет, сарафан, бретелька, подкладка; прилагательные: демисезонный, вязаный, меховой, непромокаемый; глаголы: подпоясывать, набросить, скинуть, подтягивать и др.;

– по теме «Посуда»: сервиз, сахарница, масленка, поднос; прилагательные: столовая, кухонная, чайная, глиняный, фарфоровая, хрустальная; глаголы: заваривать, наливать, тушить, запекать, сервировать и др.

Обследован бытовой словарь детей в индивидуальном порядке по каждой теме. Для выявления активного словаря демонстрировались предметы, картинки, игрушки (использовалась дидактически оборудованная кукла, натуральный предмет для называния их признаков и действий с ними, мимические действия выполнялись самим экспериментатором). Ребенку задавались вопросы: «Как это называется?» или «Что я делаю?». В том случае, если ребенок затруднялся с ответом, предлагали показать предмет или его части (при этом взрослый правильно называл предмет, его части, признаки или действия).

Количественный анализ результатов обследования бытового словаря у детей I группы, направленной на определение активного словарного запаса ребенка, показал, что в основном были продемонстрированы умения, отнесенные нами к среднему уровню развития словаря (61,1%). Трое детей (16,7%) показали высокий уровень владения отобранной лексикой – более 80% слов, вошедших в словарь-минимум (табл. 1) продемонстрировали низкий уровень (менее 60% слов) развития бытового словаря из словаря-минимума 22,2% (4 ребенка).

Таблица 1
Количество слов в активном словаре детей 5-6 лет ЭГ по темам «Части тела», «Одежда», «Посуда»

Части речи	Количество в словаре-минимуме	Среднее кол-во слов в словаре детей	
		I группа	в % соотношении
Существительные	71	51	71,8
Прилагательные	64	44	68,8
Глаголы	51	28	54,9
Всего слов	186	123	66,1

Было рассчитано общее количество оценок, полученных детьми при обследовании, и выявлено, какие части речи и по каким темам в большей или в меньшей степени представлены в активном словаре детей (табл. 2).

Таблица 2
Количественный анализ результатов обследования бытового словаря

Показатели		Всего оценок	+	%	n	%	-	%	Слова-заменители	%
Части тела	Существительные	400	276	69	55	13,8	43	10,7	26	6,5
	Прилагательные	520	400	76,9	76	14,7	33	6,3	11	2,1
	Глаголы	360	241	66,9	96	26,7	18	5,0	5	1,4
Одежда	Существительные	540	345	63,9	50	9,3	135	25,0	10	1,8
	Прилагательные	360	288	80,0	26	7,2	46	12,8	0	-
	Глаголы	280	157	56,1	74	26,4	49	17,5	0	-
Посуда	Существительные	480	356	74,2	75	15,6	41	8,5	8	1,7
	Прилагательные	400	168	42,0	77	19,3	155	38,7	0	-
	Глаголы	400	283	70,7	41	10,3	76	19,0	0	-

Наибольшие затруднения возникли у детей I группы со словами, обозначающими признаки предметов по теме «Посуда» – 38,7% слов отсутствуют, а 19,3% слов находятся в пассивном словаре. Практически все дети I группы обнаружили незнание таких слов, как «фарфоровая», «хрустальная», «керамическая», «кухонная», «бьющаяся», «повседневная». Знали, но не использовали в активной речи такие слова, как «кофейная», «глиняный», «хрупкая», «праздничная». 12 детей из I группы затруднились с названием предметов для хранения, таких как «сахарница», «хлебница», «маслёнка», больше половины группы незнакомы со словом «сервиз», в то время как только 1 ребенок из второй группы затруднялся с определением названий предметов посуды.

Из предметов одежды наибольшие затруднения дети испытывали при определении «блузки» и «сорочки». Слово «сорочка» отсутствовало в словаре 100% детей I группы, однако слово «блузка» у почти половины детей находится в пассивном словаре. Это дети, которые имеют старших сестер, учащихся школы. По данным нашего обследования, отсутствуют в словаре 6 (33,3%) детей слова, относящиеся к деталям одежды: «подол», «манжета», «бретелька», «подкладка», «пояс».

Больше всего слов-заменителей дети использовали для названия частей лица. Из 18 обследованных 6 детей вместо «затылок» сказали «голова», 7 детей вместо «губы» сказали «рот», по три ребёнка назвали «ноздри» – «носом» и «подбородок» – «бородой».

Одновременно с обследованием объёма словаря нами проводилось и обследование детей на подбор синонимов-антонимов к словам из нашего же словаря-минимума. Качественный анализ результатов показал, что в I группе преобладал средний уровень развития словаря, во II группе – высокий уровень развития словаря отмечался у 10 детей (83,3%).

Типичными особенностями речи детей с задержкой интеллектуального развития являлись следующие: частая замена различных частей речи, неточное обозначение некоторых объектов или действий, смешение близких по смыслу понятий, наличие упрощенных слов. Однако у троих детей наблюдался более широкий активный словарный запас, который они ис-

пользовали при высказываниях описательного типа. Часть детей I группы (4 человека) справлялись с заданиями слабо, их активный запас очень беден.

При анализе протоколов обследования было выяснено, что часть слов из словаря-минимума находились в активном лексиконе у всех детей I группы (табл. 3).

Таблица 3

Слова, находящиеся в активном словаре у детей с задержкой интеллектуального развития

Тема		Всего слов в словаре-минимуме	В активном словаре у 100% I группы	%
Части тела	существительные	20	7	35
	прилагательные	26	11	42,3
	глаголы	17	5	29,4
Одежда	существительные	27	13	48,1
	прилагательные	18	12	66,7
	глаголы	14	5	35,7
Посуда	существительные	24	14	58,3
	прилагательные	20	5	25
	глаголы	20	12	60
Всего		186	84	

Данный анализ позволил определить приоритетные направления словарной работы с детьми с задержкой интеллектуального развития. Было установлено, что особое внимание следует уделить следующим лексическим единицам: «Части тела» – существительные и глаголы; «Одежда» – глаголы; «Посуда» – слова, обозначающие признаки предметов.

Заключение. Таким образом, формирование словаря детей дошкольного возраста является важнейшей задачей общеречевого развития. Без достаточного словарного запаса невозможно полноценное развитие и остальных сторон речи: грамматического строя языка, связной речи, звуковой культуры речи. Словарная работа – это важнейшее условие для полноценного формирования личности ребенка дошкольника, которое в дальнейшем обеспечит ему безболезненный переход к учебной деятельности. Для закрепления и активизации бытовой лексики необходима целенаправленная и систематическая словарная работа с детьми.

Литература

1. Арушанова, А. Л. Речь и речевое общение детей / А.Л. Арушанова. – М.: Мозаика-Синтез, 2005. – 296 с.
2. Базарова, Н. А. Развитие связной повествовательной речи у детей с системным недоразвитием речи посредством смысловой и языковой организации текста / Н. А. Базарова // Педагогическое мастерство: материалы V Междунар. науч. конф. (г. Москва,

ноябрь 2014 г.). – М.: Буки-Веди, 2014. – С. 201-204.

3. Воробьева, В. К. Методика развития связной речи у детей с системным недоразвитием речи / В. К. Воробьева. – М.: АСТ: Астрель: Транзиткнига, 2006. – 158[2] с.
4. Гербова, В. В. Коммуникация. Развитие речи и общения детей в старшей группе детского сада / В. В. Гербова. – М.: Мозаика – Синтез, 2012. – 80 с.

5. Грибова, О. Е. Технология организации логопедического обследования: методическое пособие / О. Е. Грибова. – М.: Айрис-пресс, 2008. – 91 с.
6. Сухарева, Г. Е. Стойкие психические нарушения в отдаленном периоде органических поражений головного мозга // Психология детей с нарушениями и отклонениями психического развития. Хрестоматия / Под ред. В. Астапова, Ю. Микадзе. – СПб., 2001. – 379 с.
7. Ушакова, О. С. Развитие речи детей 5-7 лет: программа, конспекты занятий. – 2-е изд., перераб. и дополн. – М.: Сфера, 2012. – 272 с.
8. Ушакова, О. С. Теория и практика развития речи дошкольников. – М.: ТЦ Сфера, 2010. – 236 с.
9. Филичева, Т. Б. Развитие речи дошкольника: Методическое пособие с иллюстрациями / Т. Б. Филичева, А. Р. Соболева. – Екатеринбург: АРГО, 1996. – 80 с.
10. Хрестоматия по теории и методике развития речи детей дошкольного возраста. / Сост. М. М. Алексеева, В. И. Яшина. – М.: Академия, 2000. – 560 с.
11. Яшина, В. И. Теория и методика развития речи детей: учебник для студ. учреждений высш. образования / В. И. Яшина, М. М. Алексеева; под общ.ред. В. И. Яшиной. – 5 изд., стер. – М.: Издательский центр «Академия», 2014. – 448 с.
12. Яшина, В. И. Преемственность в формировании словаря детей в детском саду и начальной школе / В. И. Яшина, М. В. Максимова / Монография. – М.: МГУ, 2011. – 162 с.

**ФОРМИРОВАНИЕ АКТИВНОГО СЛОВАРЯ
У ДЕТЕЙ СТАРШЕГО ДОШКОЛЬНОГО ВОЗРАСТА
С ЛЕГКОЙ СТЕПЕНЬЮ НЕДОСТАТОЧНОСТИ
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ**

Д. С. КАЛМЫКОВА, Н. К. МАЯЦКАЯ

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

Умственная отсталость – это стойкое, необратимое нарушение преимущественно познавательной деятельности, а также эмоционально-волевой и поведенческой сфер, обусловленное органическим поражением коры головного мозга, имеющим диффузный характер. У 18 детей дошкольного возраста 5-6 лет с нарушениями интеллекта (легкой степенью олигофрении) проводилось изучение состояния развития активного словаря (I группа). У всех детей наблюдалось стойкое снижение познавательной деятельности в виде легкой степени умственной отсталости. Контрольную группу (II группа) составили 12 детей того же возраста с нормальным интеллектуальным развитием.

Типичными особенностями речи детей с задержкой интеллектуального развития являлись: частая замена различных частей речи, неточное обозначение некоторых объектов или действий, смешение близких по смыслу понятий, наличие упрощенных слов.

Для закрепления и активизации бытовой лексики у детей с нарушенным интеллектом необходима целенаправленная и систематическая словарная работа с детьми.

Ключевые слова: старший дошкольный возраст, нарушение интеллекта, системное недоразвитие речи

**FORMATION OF ACTIVE DICTIONARY
AT CHILDREN OF SENIOR PRESCHOOL
AGE WITH EASY DEGREE OF INSUFFICIENCY
OF INTELLECTUAL DEVELOPMENT**

D. S. KALMYKOVA, N. K. MAYATSKAYA

Stavropol State Medical University,
Stavropol

Mental retardation is a persistent, irreversible violation of primarily cognitive activity, as well as emotional-volitional and behavioral spheres, caused by an organic lesion of the cerebral cortex, which has a diffuse character. In 18 children of preschool age 5-6 years with intellectual disabilities (mild oligophrenia), the state of development of the active vocabulary was studied (group I). All children had a steady decline in cognitive activity in the form of a mild degree of mental retardation. The control group (group II) consisted of 12 children of the same age with normal intellectual development.

Typical features of the speech of children with intellectual development delay were: frequent replacement of various parts of speech, inaccurate designation of certain objects or actions, confusion of similar concepts, the presence of simplified words.

To consolidate and activate everyday vocabulary in children with impaired intellect, purposeful and systematic vocabulary work with children is necessary.

Key words: older preschool age, impaired intelligence, systemic underdevelopment of speech

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОТДЕЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Е. К. Чепрунова

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Рост заболеваемости детей болезнями пульмонологического профиля в общей структуре соматических заболеваний является одной из важнейших проблем общественного здоровья и здравоохранения России и мира, что обусловлено значительными экономическими потерями, ростом расходов на лечение и последующую реабилитацию больных [1, 2]. В настоящее время доля болезней органов дыхания в структуре общей заболеваемости составляет до 24,5%, причем самой распространенной их формой является хронический бронхит [3]. При этом, заболевания органов дыхания в структуре общей заболеваемости детского населения занимают первое место, составляя, по данным разных авторов, от 43,7% до 59,4% [4, 5]. Особое внимание обращает на себя рост хронической бронхолегочной патологии у детей, приводящий зачастую к росту таких показателей ухудшения состояния здоровья детского населения, как общая заболеваемость и инвалидность [6].

Цели и задачи исследования. Изучить динамику заболеваемости детей хронической патологией органов дыхания в Ставропольском крае за 2013-2017 гг.

Материал и методы. Проведен анализ динамики заболеваемости детей хронической патологией органов дыхания по возрастным группам 0-14 лет и 15-17 лет и отдельным нозологическим формам в Ставропольском крае за 2013-2017 гг. по материалам статистических сборников Министрства здравоохранения РФ [7-26].

Результаты и обсуждение. Уровень заболеваемости детей Ставропольского края 0-14 лет болезнями органов дыхания в 2013-2017 гг. в среднем составил 101719,1 на 100 тыс. населения, что выше показателя по Северо-Кавказскому федеральному округу (64372,14 на 100 тыс. населения) на 58,02%, но ниже показателя по Российской Федерации (122779,6 на 100 тыс. населения) на 17,15%.

При анализе динамики заболеваемости по отдельным нозологическим формам отмечается увеличение уровня первичной и общей заболеваемости пневмониями среди детей Ставропольского края 0-14 лет – на 22,5 % по сравнению с уровнем 2013 года (766,9 на 100 тыс. соответствующего населения). В возрастной группе 15-17 лет эти показатели за исследуемый период значительно увеличились – на 115,3% (рис. 1).

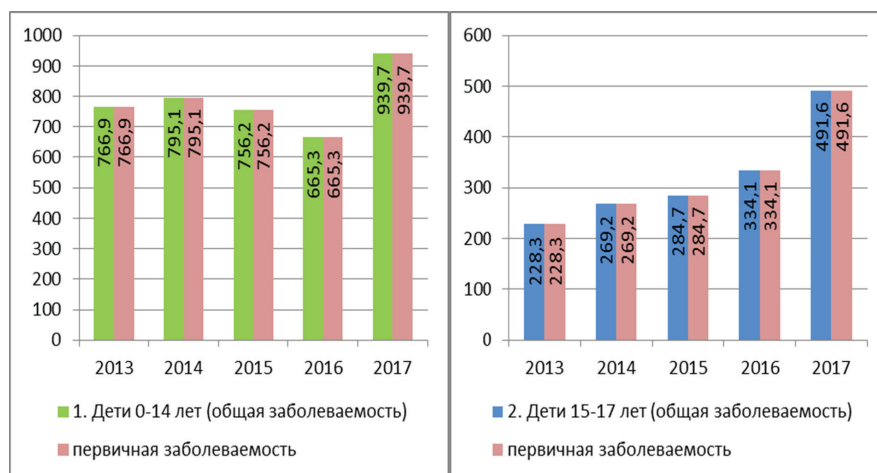


Рис. 1. Динамика заболеваемости пневмониями по возрастным группам (на 100 тыс. соответствующего населения) в 2013-2017 гг. в Ставропольском крае.

При анализе динамики заболеваемости аллергическим ринитом (поллинозом) в возрастной группе 0-14 лет выявлено снижение общей заболеваемости на 6,1% (с 555,1 в 2013 г. до 521,2 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения) и снижение первичной заболеваемости на 29,8% (с 227,9 в 2013 г. до 160,0 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения). В возрастной группе 15-17 лет отмечается снижение

Чепрунова Елена Константиновна, аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской профилактики и информатики с курсом ДПО ФГБОУ ВО СтГМУ; 355017, г. Ставрополь, ул. Мира, 310; тел. +79383084427; e-mail: buruhina003@yandex.ru

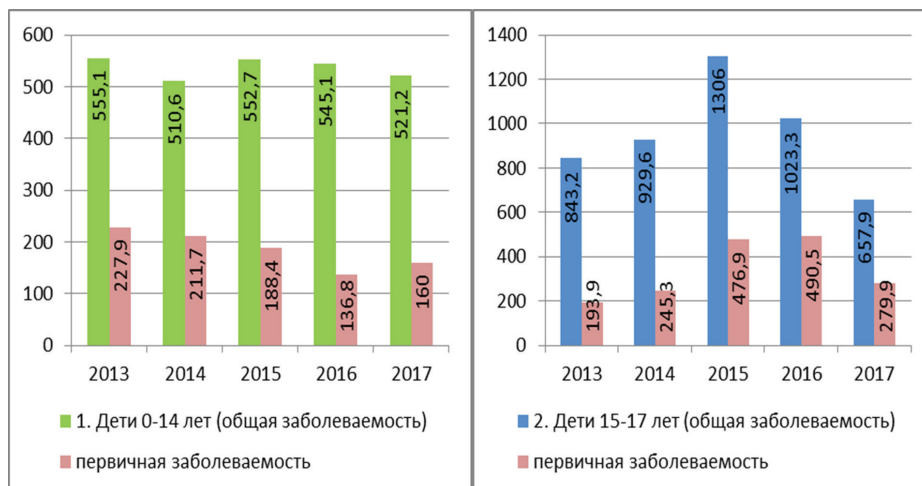


Рис. 2. Динамика заболеваемости аллергическим ринитом (поллинозом) по возрастным группам (на 100 тыс. соответствующего населения) в 2013-2017 гг. в Ставропольском крае.

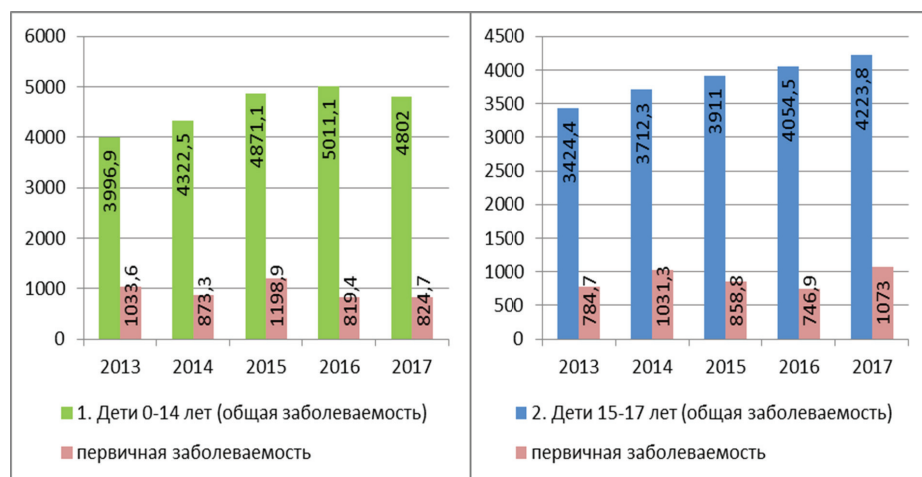


Рис. 3. Динамика заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов по возрастным группам (на 100 тыс. соответствующего населения) в 2013-2017 гг. в Ставропольском крае.

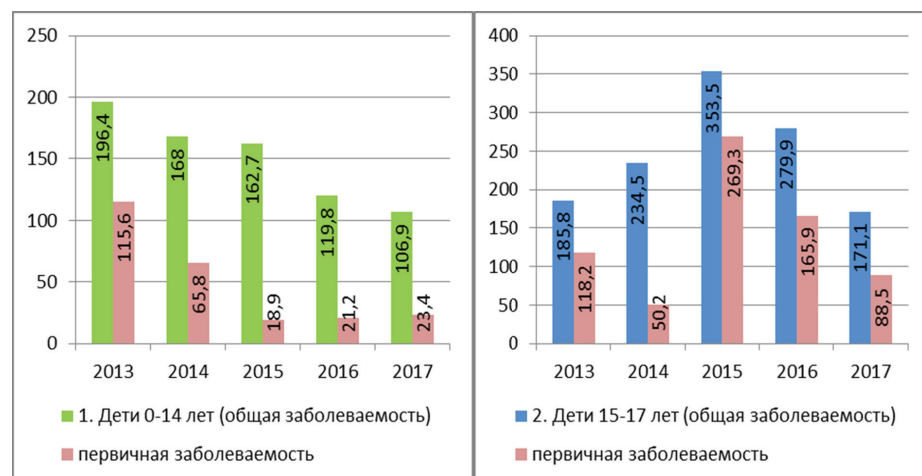


Рис. 4. Динамика заболеваемости бронхитом хроническим и неутонченным, эмфиземой по возрастным группам (на 100 тыс. соответствующего населения) в 2013-2017 гг. в Ставропольском крае.

общей заболеваемости на 22,0% (с 843,2 до 657,9) и повышение первичной на 44,4% (с 193,9 до 279,9) (рис. 2).

При анализе динамики заболеваемости хроническими болезнями миндалин и аденоидов в возрастной группе 0-14 лет выявлено повышение общей заболеваемости на 20,1% (с 3996,9 в 2013 г. до 4802,0 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения) и снижение первичной заболеваемости на 20,2% (с 1033,6 в 2013 г. до 824,0 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения). В возрастной группе 15-17 лет отмечается повышение общей заболеваемости на 23,3% (с 3424,4 до 4223,8) и повышение первичной на 36,7% (с 784,7 до 1073,0) (рис. 3).

При анализе динамики заболеваемости бронхитом хроническим и неутонченным, эмфиземой в возрастной группе 0-14 лет выявлено снижение общей заболеваемости на 45,6% (с 196,4 в 2013 г. до 106,9 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения) и снижение первичной заболеваемости на 79,8% (с 115,6 в 2013 г. до 23,4 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения). В возрастной группе 15-17 лет отмечается снижение общей заболеваемости на 7,9% (с 185,8 до 171,1) и снижение первичной на 25,1% (с 118,2 до 88,5) (рис. 4).

При анализе динамики заболеваемости астмой, астматическим статусом в возрастной группе 0-14 лет выявлено снижение общей заболеваемости на 10,2% (с 391,3 в 2013 г. до 351,3 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения) и снижение первичной заболеваемости на 39,2% (с 59,0

в 2013 г. до 35,9 в 2017 г. на 100 тыс. соответствующего населения). В возрастной группе 15-17 лет отмечается повышение общей заболеваемости на 1,4% (с 743,4 до 753,6) и снижение первичной на 28,9% (с 107,8 до 76,6) (рис. 5).

Выводы. Проведенный анализ позволил установить, что на территории Ставропольского края в настоящее время среди детей тенденция к повышению уровня общей и первичной заболеваемости болезнями органов дыхания наблюдается, главным образом, за счет повышения заболеваемости пневмониями, аллергическим ринитом (поллинозом), хро-

ническими болезнями миндалин и аденоидов и, в меньшей степени, астмой, астматическим статусом.

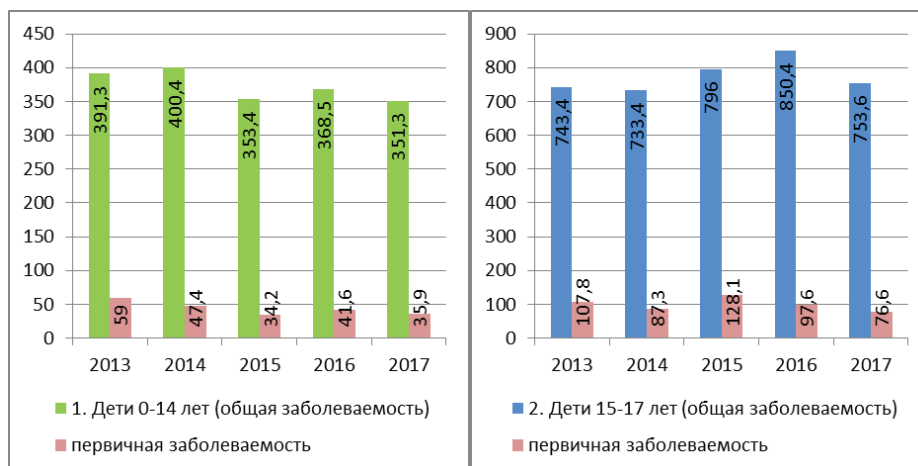


Рис. 5. Динамика заболеваемости астмой, астматическим статусом по возрастным группам (на 100 тыс. соответствующего населения) в 2013-2017 гг. в Ставропольском крае.

Литература

- Аджигеримова, Г. С. Анализ первичной заболеваемости детей / Г. С. Аджигеримова, А. С. Ярославцев // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 1. – С. 119.
- Можина, Л. Н. Достижения и перспективы современной пульмонологии / Л. Н. Можина, Л. М. Куделя, Т. В. Манжилеева, Е. Г. Тихомирова // Бюллетень СО РАМН – 2010. – № 2 – С. 144–149.
- Мухарлямов, Ф. Ю. Пульмонологическая реабилитация: современные программы и перспективы / Ф. Ю. Мухарлямов, М. Г. Сычева, М. А. Рассулова, А. Н. Разумов // Пульмонология. – 2013. – № 6. – С. 99–105.
- Полунина, Н. В. Состояние здоровья детей в современной России и пути его улучшения / Н. В. Полунина // Вестник Росздравнадзора. – 2013. – № 5.
- Хан, М. А. Перспективные направления развития детской курортологии и санаторно-курортного лечения детей / М. А. Хан, А. Н. Разумов // Вопросы курортологии, физиотерапии и лечебной физической культуры – 2016. – Т. 93 – № 2–2 – С. 173.
- Шипицына, В. В. Оценка качества жизни больных ХОБЛ после иммунопрофилактики гриппа / В. В. Шипицына, Е. А. Мухачева, Е. В. Жолобова // Вятский медицинский вестник – 2013. – № 4 – С. 13–16.
- Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2013 году : [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть VI. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2014. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2014 году : [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть VI. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2015 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть VI. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2016 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть VI. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2016. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (0-14 лет) в 2017 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть VI. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2018. / Доступен по: www.rosminzdrav.ru/documents Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2013 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть X. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2014. / Доступен по: www.rosminzdrav.ru/documents Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2014 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть X. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2015. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.
- Общая заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2015 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть X. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2016. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.

ный ресурс] / Статистические материалы : Часть X. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2016. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.

15. Общая заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2016 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть X. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2017. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.

ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ДЕТЕЙ ОТДЕЛЬНЫМИ ХРОНИЧЕСКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ В СТАВРОПОЛЬСКОМ КРАЕ

Е. К. ЧЕПРУНОВА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Статья посвящена изучению структуры и динамики заболеваемости детей хронической патологией органов дыхания по отдельным возрастным группам и нозологическим формам в Ставропольском крае за 2013-2017 гг. по материалам статистических сборников Министерства здравоохранения РФ. Показаны достоверные различия в структуре и динамике данных показателей по различным возрастным группам и отдельным нозологическим формам.

Ключевые слова: структура заболеваемости, динамика заболеваемости, хроническая патология органов дыхания, детское население.

РФ, 2017. / Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.

16. Общая заболеваемость детского населения России (15-17 лет) в 2017 году [Электронный ресурс] / Статистические материалы : Часть X. – М.: Министерство здравоохранения РФ, 2018. Доступен по: <http://www.rosminzdrav.ru/documents> Дата обращения: 12.01.2019.

DYNAMICS OF SEPARATE CHRONIC RESPIRATORY DISEASE MORBIDITY IN CHILDREN IN STAVROPOL TERRITORY

E. K. CHEPRUNOVA

Stavropol State Medical University, Stavropol

The article is devoted to the study of the structure and dynamics of chronic respiratory disease morbidity in children in separate age groups and nosological forms in the Stavropol Territory for 2013-2017, based on statistical compilations of the Ministry of Health of the Russian Federation. Significant differences in the structure and dynamics of these indicators for different age groups and individual nosological forms are shown.

Key words: morbidity structure, morbidity dynamics, chronic respiratory disease, children population.

УДК 616.596-007.61

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОНИХОГРИФОЗА У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ

М. С. Асхаков

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ставрополь

Врачи многих специальностей, включая дерматовенерологов, нередко наблюдают в своей практике различные трофические нарушения ногтей пластинок у пациентов, которые возникают под воздействием различных экзогенных и эндогенных факторов. Это так называемые ониходистрофии, которые можно рассматривать как в значении симптома заболевания, так и отдельной нозологической единицы.

Асхаков Марат Солтанович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89283147456; e-mail: kedri2007@yandex.ru

Не разработаны дифференциальные алгоритмы диагностики ониходистрофий и, как следствие, имеются проблемы в их терапии [6].

Различные изменения ногтевой пластинки порой наблюдают при нервно-психических, эндокринных и других общих и редких заболеваниях [2, 5].

По изменению ногтевой пластинки можно заподозрить не только кожные (псориаз и др.) или инфекционные заболевания, но и патологию внутренних органов [4]. К примеру форма ногтей в виде «часовых стекол» и «барабанных палочек» свидетельствует о хроническом сердечно-легочном заболевании, а поперечная исчерченность ногтевой пластинки (линии Бо) бывает при временном замедлении роста ног-

тя, вызванного инфарктом миокарда, тромбоэмболией легочной артерии, гипертиреозом, тяжелой инфекцией и интоксикацией [7, 8]. Можно привести и другие примеры: продольные подногтевые кровоизлияния указывают на травму, инфекционный эндокардит; синдром «желтых ногтей» свидетельствует о патологии лимфатической системы, злокачественном новообразовании; голубые (серо-синие) ногти бывают при приеме антималярийных препаратов, а также при гемохроматозе, болезни Вильсона и др.; коричневые ногти свидетельствуют о первичной надпочечниковой недостаточности, лечении препаратами золота, мышьяка; койлонихия (вогнутая форма ногтя) встречается при продолжительной железодефицитной анемии, недостатке витаминов группы В и С; срединная каналообразная дистрофия ногтей может указывать на навязчивую привычку тереть ногти валик; онихолизис (отделение ногтевой пластинки от ногтевого ложа) свидетельствует о сахарном диабете, тиреотоксикозе, интоксикации; онихорексис (изменение формы ногтя при образовании в нем множественных полостей, расположенных рядом друг с другом) бывает при анемии, печеночной патологии; онихомадез (отслойка ногтевой пластинки от ногтевого ложа, распространяющаяся от проксимальных участков к дистальным) встречается при острых лихорадочных заболеваниях, травмах, буллезных дерматозах, нарушении периферического кровообращения; брахионихия (короткие ногти) бывает нередко врожденного характера и при гиперпаратиреозе 3-й степени; анонихия (аплазия ногтей врожденная) – полное отсутствие всех или части ногтей с рождения.

Деструктивные изменения ногтевых пластин часто наблюдаются и при онихомикозах [1, 9]. При этом они не зависят от типа кожи человека или от ее чувствительности [3]. Однако ониходистрофии часто можно наблюдать у лиц пожилого и старческого возраста, особенно онихогрифоз [6].

Онихогрифоз – это резкое утолщение, гипертрофия искривленного ногтя, главным образом на больших пальцах стоп. Изменения ногтя при онихогрифозе заключаются в резкой его гипертрофии, изменении текстуры, цвета, направлении роста [6]. Ноготь становится выпуклым, растет сначала вверх, затем начинает удлиняться за пределы верхушки пальца, искривляется, загибается наподобие птичьего клюва, отсюда и название [6].

В механизме развития заболевания играют роль физические, химические и биологические факторы. Нередко это бывает механическая травматизация ногтя, на которую ногтевое ложе и матрица ногтя реагируют избыточным образованием быстро ороговевших онихобластов.

С позиций представленного разбора приводим клиническое наблюдение онихогрифоза у пожилой женщины.

Больная В., 70 лет, обратилась в центр эстетической медицины ООО «Профэстетика» (кли-

ническая база кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» МЗ РФ) с жалобами на изменения ногтевых пластин стоп.

Из анамнеза: считает себя больной в течение 5 лет, когда впервые заметила изменения ногтевых пластин. В течение данного периода времени образовалась утолщенная и искривленная ногтевая пластинка первого пальца левой стопы. Начало заболевания связывает с частыми травмами ногтя.

Наследственность не отягощена. Аллергологический анамнез не отягощен. Вредных привычек нет. Из перенесенных в прошлом заболеваний отмечает ветряную оспу в детстве, инфаркт миокарда, холецистэктомию, эпилепсию. Венерическими заболеваниями, гепатитами, туберкулезом не болела. Гемотрансфузии не проводились.

Объективно: общее состояние больного удовлетворительное. Телосложение правильное. Тоны сердца приглушены. Легочное дыхание везикулярное, хрипов нет. Лимфатические узлы не увеличены, безболезненны, кожа над ними не изменена. Стул и мочеиспускание в норме.

Локальный статус: патологический процесс носит ограниченный характер, локализуясь на ногтевых пластинах 1, 2, 3 пальцев левой стопы. Ногтевая пластина 1 пальца левой стопы грязно-коричневого цвета, удлинена, резко утолщена за счет подногтевого гиперкератоза, искривлена подобно «когтю хищной птицы», на поверхности имеются продольные и поперечные полосы.

Ногтевые пластины 2 и 3 пальцев левой стопы грязно-коричневого цвета, удлинены, утолщены за счет подногтевого гиперкератоза (рис 1.).



Рис. 1. Онихогрифоз пальцев левой стопы у пациентки 70 лет

Пациентка была обследована согласно диагностическому алгоритму.

Лабораторные исследования, включая общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, кал на яйца глистов и цисты лямблий, были в пределах нормы. Рентгенография органов грудной полости – без патологии.

При серологическом обследовании на сифилис: РМП с сывороткой крови, РПГА, ИФА, IgM – отрицательные. Анализ крови на ВИЧ – отрицательный; HBsAg – отрицательный, аHCV – отрицательный.

В соскобе с ногтевых пластинок были обнаружены нити мицелия гриба *Trichophyton rubrum*.

На основании клинической картины и лабораторных данных пациентке был установлен клинический диагноз: онихогрифоз микотической этиологии.

Было проведено соответствующее лечение, включающее противогрибковые препараты, кератолитическое средство (наружно) + лазерную матриксэктомию. На восстановительный период после лечения ушло 14 дней.

Таким образом, ониходистрофии требуют от врача умения проводить дифференциальную диагностику между ними, а онихогрифоз, как разновидность ониходистрофий, требует верной тактики ведения пациентов и выбора современного этиотропного лечения.

Литература

1. Асхаков, М. С. Грибковые инвазии у пациента с дистрофией ногтевых пластинок / М. С. Асхаков // Вестник молодого ученого. – 2015. – № 3 (10). – С. 59-62.
2. Асхаков, М. С. Клинический случай болезни Снеддона-Уилкинсона у беременной женщины / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарев, А. В. Одинец // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. – № 6. – С. 75-78.
3. Асхаков, М. С. Терапия пациентов с синдромом «чувствительной кожи» / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарев, Б. Р. Алиазарова, А. А. Аюбян, Г. Г. Арутюнян // Вестник молодого ученого. – 2017. – № 1 (16). – С. 8-11.
4. Асхаков, М. С. Псориаз: современное представление о дерматозе / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарев // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2017. – Т. 12. – № 2. – С. 225-229.
5. Воронкова, Е. Б. Психодерматология – важное направление психосоматической медицины. Дерматозойный бред, патомимия / Е. Б. Воронкова, М. С. Асхаков // Актуальные вопросы дерматовенерологии, косметологии и курортологии. Сборник материалов по итогам научно-практической конференции, посвященной 90-летию дерматовенерологической службы Ставропольского края и 75-летию СтГМУ. – Ставрополь. – 2014. – С. 34-37.
6. Цыкин, А. А. Ониходистрофии: клиника, диагностика, лечение / А. А. Цыкин, Н. С. Сирмайс // РМЖ. – 2015. – Т. 23. – № 9. – С. 508-513.
7. Бутов, Ю. С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / Ю. С. Бутов, Ю. К. Скрипкин, О. Л. Иванов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 896 с.
8. Чеботарёв, В. В. Руководство для клинических ординаторов по дерматовенерологии / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков, А. В. Одинец, Н. В. Чеботарёва // В 2 томах. Том 1. Общие вопросы дерматологии. Клиническая дерматология. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 356 с.
9. Чеботарёв, В. В. Руководство для клинических ординаторов по дерматовенерологии / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков, А. В. Одинец, Н. В. Чеботарёва // В 2 томах. Том 2. Паразитарные и инфекционные заболевания. Болезни, передаваемые половым путем. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 346 с.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОНИХОГРИФОЗА У ПОЖИЛОЙ ЖЕНЩИНЫ

М. С. АСХАКОВ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

Приведено описание клинического наблюдения из практики редкой разновидности ониходистрофий – онихогрифоза у пожилой женщины. Описаны алгоритм диагностики и тактика лечения пациентки.

Ключевые слова: онихогрифоз, деструктивные изменения ногтевых пластин, алгоритм диагностики, клинический случай

A CLINICAL CASE OF ONYCHOGRYPHOSIS IN ELDERLY WOMEN

M. S. ASKHAKOV

Stavropol State Medical University, Stavropol

The description of clinical case reports a rare species of onychodystrophy – onychogryphosis in elderly women. The algorithm of diagnostics and tactics of treatment of the patient are described.

Key words: onychogryphosis, destructive changes of nail plates, diagnostic algorithm, clinical case

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С МИКОПЛАЗМАМИ

М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Различные органы человека могут быть колонизированы 16 видами микоплазм, 6 из которых обладают тропностью к органам урогенитальной системы. Сегодня наибольший практический интерес вызывают *M. hominis*, *Ureaplasma urealyticum* и *M. genitalium*, первые сообщения о выделении которых относятся к 1937, 1954 и 1981 гг. соответственно. Выделение, изучение биологических и других свойств в основном были связаны с исследованием их роли в развитии негонококковых уретритов.

Затрудняло и до настоящего времени затрудняет решение вопроса о роли указанных микроорганизмов как в развитии негонококковых уретритов, так и различных осложненных форм (сальпингоофорита, простатита и т.д.), широкое распространение указанных микроорганизмов и частое выявление их (кроме *M. genitalium*) у практически здоровых лиц.

Этиология и характеристика микоплазм

Микоплазмы – отдельный класс микроорганизмов, которые широко распространены в природе. Их можно обнаружить у растений, млекопитающих, птиц, рыб, моллюсков. Согласно современной классификации они относятся к семейству *Mycoplasmataceae* (порядок *Mycoplasmatales* класса *Mollicutes*). Данное семейство разделяют на 2 рода: *Mycoplasma* (около 100 видов) и *Ureaplasma* (3 вида).

Они относятся к группе разнообразных, но характерных по морфологии микроорганизмов, способных к автономному росту и паразитированию на мембране клеток хозяина.

Репродукция микоплазм разнообразна: от бинарного и асимметричного деления до почкования, ветвления и сегментации. В отличие

от *C. trachomatis*, микоплазмы растут на искусственных питательных средах при наличии белка и стеролов. Более быстрый рост наступает на жидких питательных средах с содержанием мочевины. Вырабатываемый ими энзим уразы ее метаболизирует.

Продукты обмена микоплазм оказывают цитопатическое влияние на клетки организма-хозяина, а обмен антигенами с клетками хозяина приводит к аутоиммунизации. Наибольшие сложности получения культуры касаются *M. genitalium*, так как ее рост на питательной среде составляет до 1–1,5 мес. Объясняется это малым размером генома, принимающего участие в ферментном распаде питательной среды, необходимой для репликации микроорганизма.

Эпидемиология

M. hominis и *U. urealyticum* относятся к условно-патогенным микроорганизмам, проявление патогенных свойств которых реализуется при определенных условиях. Такими условиями могут быть: изменение гормонального фона, длительное применение оральных противозачаточных средств, несоблюдение сроков смены внутриматочных спиралей, оперативные вмешательства, аборт, беременность, нарушения иммунного статуса. Активность указанных условно-патогенных микроорганизмов усиливается при инфицировании абсолютными патогенами – *N. gonorrhoeae*, *Tr. vaginalis*, *M. genitalium*, а также вирусом простого герпеса. Очевидно, это связано с повреждением слизистой оболочки мочевого тракта и созданием условий для колонизации. Антитела к *M. hominis* можно обнаружить у новорожденных. При прохождении родовых путей *M. hominis* нередко колонизируют носоглотку и влагалище. У новорожденного, родившегося путем кесарева сечения, антитела выявляют гораздо реже. Антитела у новорожденного могут быть и материнскими, подтверждением чего бывает их исчезновение спустя несколько месяцев от рождения. Следует заметить, что после полового созревания (при отсутствии половых партнеров) антитела вновь появляются или возникают впервые в возрастающих титрах. Именно наличие антител в сыворотке крови практически здоровых лиц затрудняет трактовку роли микоплазм в возникновении заболеваний урогенитального тракта.

Колонизация *M. hominis* и *U. urealyticum* возрастает с началом половой жизни, а обсемененность усиливается по мере увеличения числа по-

Асхаков Марат Солтанович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89283147456; e-mail: kedri2007@yandex.ru

Чеботарёв Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 8 (8652) 287922; e-mail: sgmkvd@mail.ru

ловых партнеров. В частности, если при смене 3–5 половых партнеров *M. hominis* можно выявить у 18% женщин и у 14% мужчин, *U. urealyticum* – у 72 и у 41% соответственно, то при смене 6–14 половых партнеров процент выявления *M. hominis* у женщин составляет 31%, у мужчин – 13%, а *U. urealyticum* – у 76 и 56% соответственно. *M. hominis* и *U. urealyticum* выявляют у 5–20% клинически здоровых лиц, а в различных популяционных группах – от 10–50 до 80%. Наибольшая обсемененность наблюдается в возрасте 30–40 лет и снижается после 45 лет. У мужчин, прекративших половую жизнь, микоплазмы в течение одного года могут спонтанно элиминировать.

Что же касается *M. genitalium*, она была выявлена впервые в специализированной клинике Лондона у двух мужчин с негонококковым уретритом. Экспериментальные исследования на самцах шимпанзе (вводили в мочеиспускательный канал культуру *M. genitalium* привели к возникновению уретрита и антител в сыворотке крови. Установлено наличие *M. genitalium* у женщин, имеющих клинические признаки уретрита или цервицита, и их отсутствие у таковых, не имеющих признаков в данной локализации. Подтверждением контагиозности *M. genitalium* стало выявление данного микроорганизма у 56% мужчин при наличии такового у женщин – их половых партнеров. Приверженность данного микроорганизма к поражению генитального тракта послужила определению его названия – *M. genitalium*, а указанные и другие наблюдения – признанию его абсолютным патогеном.

Рассматривается возможная роль *M. genitalium* в возникновении воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин. В модельных экспериментах с использованием обезьян еще в 1987 г. было показано, что данный микроорганизм вызывает не только воспалительные заболевания нижних отделов генитального тракта, но и сальпингиты. Очевидно, не случайно у 7–10% женщин с признаками воспалительных заболеваний органов малого таза в образцах матки и/или эндометрия выделяют *M. genitalium*.

Клиническая картина неосложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных микоплазмами

Субъективные симптомы у женщин: слизистые, реже слизисто-гнойные выделения из половых путей; ациклические «мажущие» кровянистые выделения; болезненность во время полового акта (диспареуния); зуд, жжение, болезненность при мочеиспускании (дизурия); дискомфорт или боль в нижней части живота.

Объективные симптомы у женщин: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала, слизистые или слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала; отечность и гиперемия слизистой оболочки влагалища и шейки матки, выделения слизисто-гнойного характера из цервикального канала и влагалища.

Субъективные симптомы у мужчин: слизистые, реже слизисто-гнойные выделения из

мочеиспускательного канала, необильные; дизурия; дискомфорт, зуд, жжение в области мочеиспускательного канала; диспареуния; учащенное мочеиспускание; боли в промежности с иррадиацией в прямую кишку.

Объективные симптомы у мужчин: гиперемия и отечность слизистой оболочки наружного отверстия мочеиспускательного канала; слизистые, реже слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала.

Колонизация *M. genitalium* в популяции мужчин, обратившихся на прием к дерматовенерологу, практически всегда сопровождается наличием воспалительных изменений со стороны мочеполовых органов, наиболее частыми из которых бывают нехламидийные негонококковые уретриты. В соответствии с клинической картиной урогенитальная инфекция, вызванная *M. genitalium*, подразделяется на неосложненную – уретрит у мужчин, уретрит и/или цервицит у женщин, и осложненную – развитие воспалительных заболеваний органов малого таза.

Клинические особенности осложненных форм урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*

Субъективные симптомы у женщин

Эндометрит: при остром течении – боль в области нижней части живота тянущего характера, обильные слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении субъективные признаки менее выражены, нередко отмечается межменструальные скудные кровянистые выделения.

Сальпингоофорит: боль в области живота схваткообразного характера, обильные слизисто-гнойные выделения из половых путей; при хроническом течении указанные симптомы менее выражены и отмечается нарушение менструального цикла.

Объективные симптомы у женщин

Эндометрит: при остром течении – определяется болезненная и увеличенная в объеме матка мягкой консистенции; при хроническом течении воспалительного процесса матка плотной консистенции и подвижность ее ограничена.

Сальпингоофорит: при остром течении – при бимануальном обследовании определяются увеличенные, резко болезненные маточные трубы и яичники, укорочение сводов влагалища; при хроническом течении – болезненность при пальпации незначительная, маточные трубы уплотнены.

Субъективные симптомы у мужчин

Эпидидимит: болезненность в области придатка яичка и паховой области, чаще односторонняя, дизурия, слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала.

Эпидидимоорхит: слизисто-гнойные выделения из мочеиспускательного канала, скудные, дизурия, боль в мошонке с иррадиацией в промежность и нижнюю часть живота.

Простатит: боль в промежности и в нижней части живота с иррадиацией в область прямой кишки, дизурия.

Объективные симптомы у женщин

Эпидидимит: определяется увеличенный, болезненный, плотный придаток яичка.

Эпидидимоорхит: при пальпации – увеличенные, резко болезненные придаток яичка и яичко, слившиеся в конгломерат.

Простатит: пальпаторно железа увеличена в размере, срединная бороздка сглажена, болезненна вся поверхность или отдельные ее участки.

Диагностика урогенитальных заболеваний, вызванных микоплазмами

Верификация диагноза заболеваний, вызванных *M. genitalium*, *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, базируется на результатах лабораторных исследований с помощью одного из методов:

- молекулярно-биологических, направленных на обнаружение специфических фрагментов дезоксирибонуклеиновой кислоты и/или рибонуклеиновой кислоты *M. genitalium*, *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, с использованием тест-систем, разрешенных к медицинскому применению в России;
- культурального исследования с выделением и идентификацией *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*.

Другие лабораторные исследования, в том числе прямая иммунофлюоресценция, иммуноферментный анализ, для обнаружения антител к *M. genitalium*, *Ureaplasma spp.* и *M. hominis* недопустимо использовать для диагностики.

Диагноз может быть установлен при одновременном наличии клинических и лабораторных признаков.

Микроскопическое исследование клинического материала из мочеиспускательного канала, влагалища и цервикального канала – обязательно и проводится с целью:

- оценки степени лейкоцитарной реакции;
- оценки состояния эпителия;
- исключения сопутствующих инфекций, передаваемых половым путем (*N. gonorrhoeae*, *Tr. vaginalis*, *C. trachomatis*), и условно-патогенных микроорганизмов (грибы рода *Candida*), микроорганизмов, ассоциированных с бактериальным вагинозом и вирусом простого герпеса;
- оценки состояния микробиоценоза влагалища.

Лечение урогенитальных заболеваний, ассоциированных с *Ureaplasma spp.* и/или *M. hominis*

При отсутствии клинических признаков лечение не проводится, даже если количество указанных микроорганизмов превышает 10^4 КОЕ/мл. Исключение составляют женщины, имеющие в анамнезе невынашивание беременности и перинатальные потери.

Схемы лечения:

- Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
- Доксициклина моногидрат 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.

Схема лечения беременных:

- Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.

Продолжительность курса терапии у взрослых может быть увеличена до 14 дней при наличии

признаков воспалительного процесса в эндометрии, придатках матки, предстательной железы, органов мошонки, а также в зависимости от выраженности ответа на проводимую антибактериальную терапию: клинические показатели, результаты промежуточного теста полимеразной цепной реакции в реальном времени, NASBA.

Что касается детей, то доксициклин им противопоказан до возраста 8 лет, а лечение джозамицином в предлагаемых суточных дозах, указанных в российских клинических рекомендациях, не может быть реализовано. Во-первых, в связи с тем, что таблетка покрыта пленочной оболочкой и не подлежит делению. Как указано в инструкции, джозамицин можно назначать подросткам в возрасте старше 14 лет, т.е. когда суточная доза составляет 500 мг 3 раза в день. Во-вторых, в инструкции к джозамицину в разделе противопоказаний значится масса тела ребенка менее 10 кг. Таким образом, ни новорожденным, ни детям с массой тела менее 10 кг и фактически подросткам до 14 лет (таблетка не делится) назначить джозамицин невозможно. Альтернативный джозамицину препарат в клинических рекомендациях Российского общества дерматовенерологов и косметологов не указан.

Вопрос о выборе препарата для лечения должен быть согласован с педиатрами.

Лечение урогенитальных заболеваний, вызванных *M. genitalium*

Схемы лечения:

- Джозамицин 500 мг внутрь 3 раза в сутки в течение 10 дней.
 - Доксициклин 100 мг внутрь 2 раза в сутки в течение 10 дней.
 - Азитромицин 500 мг внутрь однократно в сутки, затем по 250 мг/сут в течение 4 дней.
- Альтернативные схемы (одна из):
- Левофлоксацин 500 мг внутрь 1 раз в сутки в течение 10 дней.
 - Моксифлоксацин 400 мг внутрь в сутки в течение 7 дней.

При осложненных формах урогенитальных заболеваний ассоциированных с *M. genitalium* доксициклин и джозамицин назначаются в тех же дозировках, но длительность лечения должна составить от 14 до 21 дней.

Лечение беременных проводится на любом сроке беременности при участии акушеров-гинекологов с учетом влияния препаратов на плод. Назначают джозамицин или азитромицин по указанным выше схемам. Альтернативные препараты беременным противопоказаны.

Что касается лечения детей с массой тела менее 45 кг, то в зарубежных рекомендациях оно не указано, а в российских клинических рекомендациях джозамицин указан по 50 мг на 1 кг массы тела в сутки, разделенный на 3 приема, в течение 10 дней. В разделе урогенитальных заболеваний, ассоциированных с *Ureaplasma spp.* и *M. hominis*, дано обоснование невозможности осуществить лечение джозамицином. Вопрос о лечении должен быть согласован с педиатрами.

Контроль излеченности урогенитальных заболеваний, вызванных микоплазмами

Контроль излеченности устанавливают при заболеваниях урогенитального тракта, вызванных *M. genitalium*, *Ureaplasma spp.* и *M. hominis* на основании отсутствия клинических признаков заболевания, подтвержденных микроскопическими исследованиями материала из мочеиспускательного канала, влагалища, цервикального канала, а также методом амплификации рибонуклеиновой кислоты (NASBA) – через 14 дней после окончания лечения или на основании амплификации дезоксирибонуклеиновой кислоты (полимеразная цепная реакция в реальном времени) – не ранее чем через месяц после окончания лечения.

При отсутствии эффекта от лечения необходимо дополнительное обследование на наличие иных возбудителей инфекционного процесса и назначение антибактериального препарата другой фармакологической группы.

Литература

1. Асхаков, М. С. Особенности трихомонадного уретрита у мужчин и последствия его недостаточного лечения / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв, А.М.А. Альгхананим, Ф.Р. Боташева // Norwegian Journal of development of the International Science. – 2018. – Vol. I, № 20. – P. 23-25.
2. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 22-е издание. – М.: Видаль Рус, 2016. – 1240 с.
3. Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс, 2016. – 768 с.
4. Чеботарев, В. В. Урогенитальные заболевания, вызванные микоплазмами [Электронный ресурс] / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016 г. Доступен по: <http://www.rosmedlib.ru/book/07-MOD-1502.html>. Дата обращения: 12.12.2017.
5. Чеботарёв, В. В. Руководство для клинических ординаторов по дерматовенерологии /

Дерматовенеролог должен посоветовать провести обследование полового контакта в целях подтверждения у него отсутствия клинических признаков заболевания данными микроскопического обследования материала из уретры (а у женщин из уретры и цервикального канала), а также в целях исключения наличия ДНК *M. genitalium*, *Ureaplasma spp.* и *M. hominis* молекулярно-биологическим методом (полимеразная цепная реакция) или РНК (полимеразная цепная реакция в реальном времени) в количестве 10^4 КОЕ/мл.

Половые партнеры при отсутствии у них клинических признаков заболевания или при отказе от обследования не подлежат лечению.

Таким образом, своевременное выявление *M. genitalium*, *Ureaplasma spp.* и *M. hominis* и проведение адекватной антимикробной терапии – ключевые факторы, определяющие как излечение пациентов, так и предотвращение распространения инфекции.

В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков, А. В. Оди-нец, Н. В. Чеботарёва // В 2 томах. Том 2. Паразитарные и инфекционные заболевания. Болезни, передаваемые половым путем. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 346 с.

6. Чеботарев, В. В. Зарубежные и российские рекомендации в лечении больных *Mycoplasma genitalium* / В. В. Чеботарев, Н. В. Чеботарёва, В. В. Вышеславцев, М. С. Асхаков, Е. В. Бронникова, М. С. Кузьмишкина // Инновации в науке. – 2017. – № 2 (63). – С. 20-23.
7. Horner, P. J. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis / P. J. Horner, K. Blee, L. Falk et al. // International Journal of STD and AIDS. – 2016. – V. 27. N11. – P. 928-937.
8. Hull, S. Sexually Transmitted Infections: Compelling Case for an Improved Screening Strategy / S. Hull, S. Kelley, J. L. Clarke // Population health management. – 2017. – Vol. 20 (S1) – P. S1-S11.

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА УРОГЕНИТАЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С МИКОПЛАЗМАМИ

М. С. АСХАКОВ, В. В. ЧЕБОТАРЁВ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В статье представлены современные аспекты этиологии, диагностики, терапии, а также особенности течения урогенитальных заболеваний, вызванных генитальными микоплазмами. Описаны ассоциированные с микоплазмами воспалительные процессы у мужчин и у женщин.

Ключевые слова: урогенитальная инфекция, микоплазмы, особенности течения, мочеиспускательный канал, доксициклин, джозамицин, азитромицин

A MODERN TAKE ON UROGENITAL DISEASE ASSOCIATED WITH MYCOPLASMA

M. S. ASKHAKOV, V. V. CHEBOTARYOV

Stavropol State Medical University, Stavropol

The article presents modern aspects of etiology, diagnosis, therapy, as well as features of the course of urogenital diseases caused by genital mycoplasmas. Described associated with *Mycoplasma* inflammatory processes in men and women.

Key words: urogenital infection, *Mycoplasma*, flow characteristics, urethra, doxycycline, josamycin, azithromycin

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

С. С. Эльгайтарева, А. В. Бородина

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Актуальность проблемы. Начало XXI века ознаменовано не только успехами медицинской науки, увеличением продолжительности жизни, но и неуклонным ростом хронических неинфекционных болезней, в числе которых повреждение или снижение функции почек, которые отмечаются у 10% населения земного шара. Только в Российской Федерации количество заболеваний мочевыводящих путей за последнее десятилетие увеличилось на треть и, по последним данным, составляет 11000 на 100000 населения [9, 16]. Крупные эпидемиологические исследования, такие как NHANES и другие, позволили оценить не только широту распространения заболеваний почек среди населения, но и отметить быстрый прирост количества пациентов с терминальной почечной недостаточностью (ТПН), нуждающихся в заместительной терапии (ЗПТ) [3]. Только в России, по данным Регистра Российского диализного общества, на конец 2013 года ЗПТ получали 31105 больных ТПН. При этом затраты на проведение ЗПТ составляют до 1,5 млн. рублей в год на одного пациента, что в 100 раз превышает подушевую норму Государственных гарантий [6]. Наиболее часто, примерно в 2/3 всех случаев, ТПН является осложнением гипертонической болезни (ГБ) и сахарного диабета (СД). Это неудивительно, ведь данные нозологии на сегодняшний день приобрели пандемический характер. Так, в 2009 году число больных СД составляло около 220 млн. человек, а к 2015 году их количество уже превысило 415 млн. человек [3, 24]. По данным Государственного регистра больных СД, в Российской Федерации на 2015 год число лиц, страдающих СД 1 и 2 типа, составляло 4,1 млн. человек [3]. Наиболее распространенной, но не единственной, почечной патологией у пациентов с нарушением углеводного обмена является

диабетическая нефропатия (ДН), которая развивается не менее чем у 40% больных СД [3]. К числу ассоциированных с СД нозологий также относится ишемическая нефропатия и инфекции мочевыводящих путей (ИМП), встречаемость которых среди больных СД значительно выше, чем в общей популяции [31, 32].

Определение и классификация. Под ИМП понимают воспалительный процесс, возникший на любом участке мочевыводящей системы (от перинефральной фасции до наружного отверстия уретры), без специального указания на этиологию. Анатомически данная группа заболеваний подразделяется на инфекции верхних и нижних мочевыводящих путей (МВП). К инфекциям нижних мочевых путей относят цистит и уретрит. Пиелонефрит, пиелит и уретрит являются инфекциями верхних МВП. По современной классификации пиелит не является самостоятельной нозологией, а рассматривается как одна из фаз развития пиелонефрита. Согласно классификации ВОЗ, пиелонефрит рубрицирован как острый либо хронический тубулоинтерстициальный нефрит. В российской терминологии часто применяются термины «острый пиелонефрит» и «хронический пиелонефрит» [18]. Также к ИМП принято относить бессимптомную бактериурию (ББУ) – наличие бактерий в моче без клинических признаков заболевания [5].

Этиология. Этиологическая структура при ИМП на фоне СД мало отличается от таковой у больных, не страдающих нарушением углеводного обмена. Причиной развития ИМП у больных СД в 75% случаев является *E.coli*. Остальные бактериальные возбудители высеваются в 15–25% случаев [19]. Некоторые авторы отмечают более частую встречаемость *Enterococcus faecalis*, *Klebsiella*, бактерий рода *Enterobacteriaceae* среди лиц с нарушением толерантности к глюкозе и больных СД [17]. При этом у пациентов, страдающих СД 1 типа, несколько чаще причиной инфекционно-воспалительных заболеваний МВП являются коагулазо – негативные стафилококки и энтерококки, а у лиц с СД 2 типа – представители рода *Enterobacteriaceae* [30]. Развитие острых гнойно-воспалительных заболеваний МВП, как правило, связано с патогенной активностью *Pseudomonas aeruginosa* и *S.aureus*. Возбудителями эмфизематозных поражений мочевого тракта являются анаэробные микроорганизмы. Помимо прочего на фоне выраженного иммунодефицита у боль-

Эльгайтарева Светлана Сергеевна, клинический ординатор кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89187429143; e-mail: sveta_4186@mail.ru

Бородина Людмила Викторовна, к. м. н., ассистент кафедры госпитальной терапии ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89097743664; e-mail: dr.borodina@yandex.ru

ных СД часто развиваются грибковые поражения МВП [11].

Факторы риска.

1. **Иммунодефицит.** Частая встречаемость ИМП при СД связана с развитием общей и локальной иммунной дисфункции. У больных с нарушением углеводного обмена наблюдают снижение фагоцитарной активности лимфоцитов, снижение CD3, CD4, CD8, CD95 – субпопуляций лимфоцитов, некоторое повышение иммунорегуляторного индекса (CD4/CD8), уровня CD16, CD19 лимфоцитов и иммуноглобулинов классов A, M, G, E [29].

Ряд исследований показали, что у больных СД распространенность всех инфекционных поражений (за исключением вируса Herpes simplex) выше в 2 раза в сравнении с лицами без СД. Примечательно, что частота развития инфекционных заболеваний, включая ИМП, коррелировала с ухудшением гликемического контроля и декомпенсацией СД, что вероятно связано с непосредственным влиянием гипергликемии на снижение фагоцитарной активности лейкоцитов (ФАЛ) и бактерицидности крови [17, 28].

С нарушением местных иммунных механизмов связано повышение адгезии патогенных микроорганизмов на поверхности уроэпителия вследствие нарушения миграции макрофагов, избыточной секреции провоспалительных цитокинов, а также снижения количества антиадгезивных олигосахаридов и гликопротеида Тамма-Хорсфолла [24].

2. **Оксидативный стресс и эндотелиальная дисфункция.** Длительно существующая гипергликемия характеризуется накоплением конечных продуктов необратимого гликозилирования, которые усиливают образование вазоконстрикторных и тромбогенных эндотелиальных факторов (эндотелина-1, тромбоспандина) и снижают выработку оксида азота. Вазоконстрикция и повышение агрегационных свойств тромбоцитов ведут к расстройству микроциркуляции и создают благоприятные условия для дальнейшего прогрессирования инфекционного процесса в паренхиме почек. При этом патогенные микроорганизмы, оседая на тромбах, способствуют формированию лейкоцитарных инфильтратов в интерстиции [17]. Не меньшую роль в повреждении мембран эндотелиальных клеток играет оксидативный стресс, возникающий вследствие синтеза активных форм кислорода (АФК) под воздействием гипергликемии и избытка провоспалительных цитокинов. АФК усиливают окислительные процессы и способствуют накоплению в организме патологических продуктов распада. Токсичные метаболиты повреждают мембраны клеток, способствуя развитию микро- и макроангиопатий, и, следовательно, ишемических нарушений в почках и МВП [14]. Помимо прочего оксидативный стресс способствует персистенции инфекционного воспаления в почках за счет потенцирования воздействия микробных токсинов и

усиления нефротоксичности антибактериальных средств [26].

3. **Висцеральная автономная нейропатия (ВАН).** В основе развития ВАН лежит инсулинорезистентность (ИР) и гиперинсулинемия, которые способствуют гиперактивации симпатического отдела вегетативной нервной системы. Преобладание симпатических воздействий обуславливает вазоконстрикторные реакции посредством растворения ренин-ангиотензин-альдостероновой системы (РААС) и активации эндотелиальных сосудосуживающих факторов [26].

Частным проявлением ВАН является нейропатия мочевого пузыря – состояние, способствующее развитию пузырно-мочеточникового рефлюкса. Клинически данная патология проявляется триадой признаков: уменьшением чувствительности рецепторов мочевого пузыря, снижением сократимости детрузора и увеличением остаточного объема мочи. Усугубляет нарушение уродинамики и резистентность наружного уретрального сфинктера, обусловленная повышением чувствительности к α_1 -агонистам [24]. Малосимптомность ИМП у больных СД также можно объяснить ВАН органов мочевой системы [26].

4. **Дефицит половых гормонов.** Важное значение в развитии ИМП имеет снижение уровня половых гормонов у больных СД. У женщин, в условиях гормонального дефицита, снижается образование и выделение на поверхность уроэпителия мукополисахаридов, образующих защитный адгезивный слой [17]. Недостаток эстрогенов также ведет к расстройствам микроциркуляции в органах малого таза, атрофии эстроген-зависимого уретрального эпителия и способствует развитию дисбиоза нижних МВП. У мужчин недостаток половых гормонов влечет за собой повышение инсулинорезистентности (ИР), которая способствует прогрессированию уронефрологических заболеваний [26, 38].

6. **Глюкозурия.** Глюкоза является оптимальным питательным субстратом для роста и развития большинства возбудителей ИМП. С этим фактом связано некоторое увеличение частоты развития ИМП у лиц, принимающих ингибиторы SGLT-2, механизм действия которых основан на индукции глюкозурии [15, 37].

7. **Возраст пациентов.** Распространенность СД в популяции нарастает с возрастом, достигая своего пика в 69 лет [10]. Помимо этого, у возрастных пациентов, в большинстве случаев, присутствуют другие факторы риска развития ИМП: инволютивное снижение количества нефронов, полиморбидность и потребность в постоянном приеме лекарственных препаратов (в том числе лекарственных средств, обладающих нефротоксическим действием), сниженный уровень половых гормонов, избыточная масса тела, частая встречаемость доброкачественной гиперплазии предстательной железы (ДГПЖ) [41]. В свою очередь, в ряде исследований было доказано, что гипергликемия натощак и СД достоверно повышают

риск развития ДГПЖ, которая вызывает обструкцию МВП, увеличивает остаточный объем мочи и способствует хронизации инфекционно – воспалительных процессов в мочевых путях [24].

8. Метаболический синдром (МС). По данным исследования NATION, наибольшая распространенность СД и преддиабета наблюдается среди лиц с избыточной массой тела и ожирением. В последней группе количество больных СД достигает 12%, а преддиабетом – 33,1% [10, 34]. Частота встречаемости инфекций нижних МВП и пиелонефритов у лиц с ожирением выше в 2,5 и 5 раз, соответственно, чем у людей с нормальной массой тела [40]. Большое значение в прогрессировании болезни почек при избыточной массе тела имеет развитие относительной олигонефронии, то есть снижения соотношения массы почек к массе тела человека. Характерные для ожирения ИР и избыточная секреция адипокинов также способствуют прогрессированию нефросклероза и развитию почечной дисфункции, главным образом, за счет нарушения внутривисцеральной гемодинамики [32].

Дислипидемия является важным фактором риска развития ИМП и связана с феноменом ренальной липотоксичности. Данное явление обусловлено внутриклеточным накоплением атерогенных липопротеидов, которое приводит к нарушению структуры почек, развитию почечных заболеваний и прогрессированию ренальной дисфункции [26].

ИМП при МС часто связаны с развитием обструкции МВП вследствие уrolитиаза. Данное обстоятельство может быть связано сацидификацией мочи, гиперкальциурией на фоне ИР, гипероксалурией, а также с дискинезией МВП [26, 35, 41].

Патогенез. Распространение патогенных микроорганизмов по МВП осуществляется уриногенным, гематогенным и лимфогенным путями. Колонизация уроэпителия бактериальными агентами происходит благодаря взаимодействию патогенных факторов микроорганизма (Р-, S-фимбрии, жгутиковый антиген, Х-адгезин, трансформация в L- формы, образование «биопленок» и пр.) и ослаблению защитных механизмов МВП макроорганизма.

При развитии инфекционного поражения почек большое значение имеет компрессия паренхимы вследствие механической либо динамической обструкции, нарастания внутривисцерального гидростатического давления мочи, воспалительного отека. Сдавление сосудов интерстиция усугубляет ишемию и ведет к повреждению тубулярного эпителия и эндотелия сосудов. В результате усиливается высвобождение провоспалительных цитокинов, активирующих каскад процессов, приводящих к разрастанию соединительной ткани и склерозированию тубулоинтерстиция.

При длительном течении заболевания в почечной паренхиме происходит тотальное замещение рабочей ткани почек рубцовой, почки сморщиваются, а их функция полностью утрачивается

[25]. Недостаток гликогена при СД ускоряет развитие нефросклероза вследствие ухудшения трофики клубочкового и тубулярного аппаратов. Стоит отметить, что данные патоморфологические процессы в интерстиции почек приводят к нефросклерозу и развитию ТПН значительно быстрее, чем повреждение клубочкового аппарата почек при гломерулярных патологиях.

Важным фактором прогрессирования ИМП при СД является «синдром взаимного отягощения», формирующий патогенетический «порочный круг». Во-первых, при возникновении инфекционного процесса в тубулоинтерстициальном аппарате почек развивается ацидоз и нарастает гипергликемия. Во-вторых, на фоне декомпенсации СД и прогрессирования ДН нарушается микроциркуляция, что ведет к персистенции воспалительного процесса [11, 17].

Клиническая картина. При СД ИМП часто характеризуются длительным бессимптомным течением, не сопровождающимся дизурическими явлениями, болевым синдромом и явлениями общей интоксикации. Это обстоятельство подчеркивает исключительно важную роль врача общей практики в ранней диагностике ИМП и своевременном направлении к профильному специалисту в профилактике грозных осложнений данной патологии.

Обострение заболевания можно принять за ОРВИ, люмбалгию, гинекологическую патологию. В подобных ситуациях в пользу ИМП говорит нарастание кетоацидоза и гликемии, протеинурии либо микроальбуминемии (МАУ), особенно при наличии дополнительных факторов риска. Стоит отметить, что воспаление почечной паренхимы способно нарушать углеводный обмен даже у лиц, не страдающих СД, что связано с нарастанием метаболического ацидоза и ферментативным протеолизом инсулина [25]. Этим объясняется высокий риск декомпенсации СД и развития кетоацидотической комы у больных с острыми ИМП.

У ряда больных СД клиника инфекционных заболеваний мочевого тракта может быть типичной. В то же время, иногда пиелонефрит может дебютировать с развития гнойно-деструктивных поражений мочевого тракта: паранефрального абсцесса, некроза сосочков пирамид, апостематозного пиелонефрита, эмфизематозного пиелита, характеризующихся выраженным интоксикационным синдромом, макрогематурией, массивной пиурией, развитием острого почечного повреждения (ОПП) [20, 36]. На фоне выраженной декомпенсации СД острые гнойные поражения почек и паранефральной клетчатки часто носят двусторонний характер [17, 24]. Опасность данных патологий обусловлена высоким риском развития инфекционно – токсического шока (ИТШ) или сепсиса, частота которых при необструктивном пиелонефрите у лиц, страдающих СД, достигает 70% случаев [25].

Острый папиллярный некроз – гнойно-воспалительное заболевание МВП, практически всег-

да ассоциированное с СД. Причиной развития данной патологии является ишемия сосочков пирамид на фоне диабетической микроангиопатии при наличии сопутствующего инфекционного процесса в почках. Часто некроз сосочков провоцируется бесконтрольным приемом анальгетических препаратов. Клинически данная патология проявляется болью в поясничной области, интоксикацией, лихорадкой, выраженным мочевым синдромом (макрогематурией, бактериурией, лейкоцитурией), признаками развития острого почечного повреждения (ОПП) [19].

Диагностика. При лабораторной и инструментальной диагностике ИМП на фоне СД, необходимо учитывать ряд особенностей, повышающих или понижающих диагностическую значимость того или иного метода исследования. Так экспресс-диагностика тест-полосками для определения лейкоцитарной эстеразы является достоверным диагностическим методом у больных СД на фоне выраженной глюкозурии и протеинурии. Лейкоцитурия с содержанием более 25% клеток Штернгеймера-Мальбина – лейкоцитов, измененных вследствие длительной гипостенурии, говорит в пользу длительно протекающего воспалительного процесса в тубулоинтерстиции, однако лейкоцитурии при СД может не наблюдаться вовсе. Так происходит в начале заболевания (в стадию серозного воспаления), либо при обструкции МВП [4]. У лиц без нарушения углеводного обмена при ИМП уровень протеинурии редко превышает 1 г в сутки и характеризуется преобладанием 2-микроглобулинов над альбуминами и отсутствием высокомолекулярных белков. У пациентов с СД часто выявляется высокая неселективная протеинурия, свидетельствующая о прогрессировании ДН.

Наиболее доступным инструментальным методом диагностики является УЗИ и доплерография почек и МВП. Данные исследования позволяют оценить размеры, однородность паренхимы, выраженность деструктивных изменений, гемодинамические характеристики почечного кровотока, распространение воспалительного процесса на паранефральную область, расширение почечных лоханок, гидронефроз, участки рубцевания, наличие обструкции МВП. Применение МСКТ почек позволяет более детально оценить распространенность, глубину патологического процесса в почечной ткани, что особенно актуально для выбора тактики хирургического лечения. Необходимость применения контрастирования при рентгенологических исследованиях делает их небезопасными для больных с патологией почек на фоне СД и используется нечасто. Применение радионуклидных методов диагностики позволяет оценить массу функционирующей паренхимы, что имеет прогностическое значение [25].

Общие принципы лечения. Особенно важно вовремя диагностировать и своевременно лечить острые жизнеугрожающие урологические патологии, в числе которых острый эмфизема-

тозный пиелонефрит и другие гнойные формы острого пиелонефрита (карбункул, абсцесс почки).

Острый пиелонефрит, обострение хронического пиелонефрита с обструкцией, гнойные деструктивные поражения почечной паренхимы являются острыми хирургическими патологиями и лечатся исключительно в условиях урологического стационара. Тактику лечения данных патологий определяет врач – уролог. У пациентов с СД преимущество стоит отдавать консервативному лечению и органосохраняющим операциям, ввиду высокого риска развития инфекционного поражения контрлатерального органа.

Лечение ИМВП на фоне СД необходимо проводить под строгим контролем уровня гликемии. При острых инфекционных процессах МВП пациенты, принимающие исключительно пероральные сахароснижающие препараты, переводятся на инсулин с полной отменой таблетированных гипогликемических средств.

Антибактериальную терапию начинают с препаратов широкого спектра действия до момента получения результатов бактериологического исследования и определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам. При назначении препаратов стоит избегать применения нефротоксичных средств, в частности, аминогликозидов, способных вызывать острый канальцевый некроз (ОКН) с развитием острого почечного повреждения (ОПП).

Сроки антибактериальной терапии у больных СД должны быть пролонгированы во избежание тяжелых гнойных осложнений со стороны верхних отделов МВП, а также ввиду сложности полной бактериологической элиминации возбудителя и большого риска хронизации процесса. При проведении антибактериальной терапии важно динамически корректировать дозы в зависимости от изменения скорости клубочковой фильтрации (СКФ).

В настоящее время лечение ББУ у больных СД считают целесообразным [8, 39]. Напротив, ряд авторов отмечают протективную функцию ББУ, основанную на предотвращении инфицирования вирулентными штаммами уропатогенов. По этой причине лечение будет оправдано лишь при необходимости проведения оперативных вмешательств на МВП, наличии дренажей и катетеров, а также при беременности [5, 23, 39].

У больных с кандидозным поражением МВП целесообразно проведение терапии системными антимикотическими средствами (флуконазол, амфотерицин В) длительным курсом. Применение местных, не всасывающихся с поверхности желудочно – кишечного тракта противогрибковых препаратов, таких как леворин, нистатин, недопустимо [17].

Помимо этиотропных антибактериальных средств при ИМП широко применяют патогенетическую и симптоматическую терапию. С целью улучшения микроциркуляции очень важно назначение антиагрегантной и антикоагулянт-

ной терапии (дипиридомол, пентоксифиллин, сулодексид). При болевом синдроме применяют спазмолитические средства. При отсутствии отеков и сохраненном пассаже мочи проводят оральную и парентеральную гидратацию, способствующую частому мочеиспусканию. С ее помощью ускоряется механическая элиминация патогенных микроорганизмов, слизи и гноя со слизистых МВП.

С целью ускорения реконвалесценции у больных ИМП с СД рекомендовано использование ликопида. Данный препарат обладает иммуномодулирующим действием, воздействуя на клеточное и гуморальное звенья иммунитета. С помощью ликопида достигается нормализация показателей CD3, CD4 лимфоцитов, натуральных киллеров, В-лимфоцитов, IgA, а также повышается (ФАЛ) [1, 2]. Применение иммунорегулятора Иммунофана позволяет нормализовать циткиновый спектр у больных СД с сопутствующей ИМП. Данный препарат способствует снижению провоспалительных ИЛ– 6, ИЛ– 1, ФНО и повышает ИЛ– 4, потенцирует действие антибактериальных средств, снижает глюкозотоксичность и ИР, а также нормализует липидный профиль [21, 22]. В комплексном лечении хронических воспалительных заболеваний почек применяется препарат российского производства Галавит. Данное лекарственное средство обладает иммуномодулирующим, противовоспалительным, дезинтоксикационным, антиоксидантным действием. По данным наблюдений, Галавит ускоряет сроки клинического выздоровления, нормализует иммунный статус больных (снижает количество Т–супрессоров, повышает фагоцитарную

активность, снижает уровень провоспалительных цитокинов), уменьшает перекисное окисление липидов (ПОЛ), а также выводит токсичные для макроорганизма третичные амины, преобразуя их в водорастворимые соединения [13].

Применение энтеросорбентов (энтеросгель, полисорб и пр.) при ИМП на фоне СД позволяет снизить токсическую нагрузку на лимфатическую систему, повышая тем самым иммунологическую защиту организма. Фиксируя токсические соединения на своей поверхности, сорбенты препятствуют их повторному всасыванию из ЖКТ, что также «разгружает» органы естественной детоксикации (печень, почки) [7]. В многочисленных исследованиях была доказана положительная роль энтеросорбции в коррекции метаболических нарушений при СД, а следовательно, и факторов риска прогрессирования ИМП. Применение этой группы препаратов способствует нормализации липидного профиля, снижает уровень тощаковой и постпрандиальной гликемии, уменьшает потребность в сахароснижающей терапии, и также способствует снижению массы тела [12].

В последнее время широкую популярность приобрел препарат растительного происхождения Канефрон Н, обладающий диуретическим, антибактериальным, антисептическим, противовоспалительным, сосудорасширяющим, спазмолитическим, антилитогенным и антипротеинурическим действием. Его преимуществами является отсутствие побочных эффектов, возможность сочетать с другими лекарственными средствами, безопасность при длительном приеме, а также возможность применения препарата в период гестации [27].

Литература

1. Алибаева, Г. Ф. Оценка показателей иммунитета при использовании глюкозамилмурамилдипептида у больных инфекцией мочевых путей на фоне сахарного диабета 2 типа. / Г. Ф. Алибаева, Т. В. Моругова, С. А. Чакрян, А. Д. Насыртдинова // Сахарный диабет – пандемия XXI: тезисы докл. VIII (XXV) Всероссийского диабетологического конгресса с международным участием (Москва, 28 – 03фев. 2018г.) – М.: УП Принт, 2018. – С. 198–199.
2. Алибаева, Г. Ф. Применение глюкозамилмурамилдипептида у пациентов с инфекцией мочевых путей на фоне сахарного диабета. / Г. Ф. Алибаева, Т. В. Моругова, С. А. Чакрян // Достижения персонализированной медицины сегодня – результат практического здравоохранения завтра: тезисы докл. VII Всероссийского диабетологического конгресса с международным участием. – М.: УП Принт, 2016. – С. 186.
3. Амосова, М. В. Поражение почек при сахарном диабете 2 типа: только ли диабетическая нефропатия? / М. В. Амосова, О. Ю. Гурова // Клиническая нефрология. – 2017. – № 4 – С. 72–76.
4. Батюшин, М. М. Лейкоцитурия: вопросы дифференциальной диагностики / М. М. Батюшин, Д. Г. Пасечник, Л. А. Дударева // Consilium medicum. – 2012. – № 7. – С. 67–72.
5. Белоглазова, И. П. Инфекции мочевыводящих путей: часть первая /И. П. Белоглазова, А. А. Трошина, Н. Г. Потешкина // Лечебное дело. – 2018. – № 1. – С. 18–25.
6. Бибков, Б. Т. Заместительная терапия терминальной ХПН в РФ в 1998–2013гг. / Б. Т. Бибков, Н. А. Томилина // Нефрология и диализ. – 2015. – Приложение к т. 17. – №3. – С. 89
7. Бородин, Ю. И. Биологические свойства сорбентов и перспективы их применения / Ю. И. Бородин, В. И. Коненков, В. Н. Пармон, М. С. Любарский, Л. Н. Рачковская, Н. П. Братова, А. Ю. Летягин // Успехи современной биологии. – 2014. – Т. 134. – № 3. – С. 236–248.
8. Волгина, Г. В. Бессимптомная бактериурия – современная тактика диагностики и лечения / Г. В. Волгина // Нефрология и диализ. – 2012. – Т. 14. – № 1. – С. 6–14.
9. Герасимова, О. Ю. Эпидемиология хронических болезней почек и организация медицинской помощи больным при хронической почечной недостаточности (обзор литературы)

- туры) / О. Ю. Герасимова, Л. Н. Семченко, С. С. Ременец // Южно-Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 4. – С. 4–9.
10. Дедов, И. И. Распространенность сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (исследование NATION). / И. И. Дедов, М. В. Шестакова, Г. Р. Галстян // Сахарный диабет. – 2016. – №19 (2). – С. 104–112.
11. Дедов, И. И. Эндокринология: учебник для ВУЗов. / И. И. Дедов, Г. А. Мельниченко, В. В. Фадеев. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 432 с.
12. Зарипова, Н. Применение препарата «Полисорб МП» у больных инсулиннезависимым сахарным диабетом / Н. Зарипова, Н. Трухина, А. Вершинин, А. Попилов. // Врач. – 2007. – № 5. – С. 50–52.
13. Казенко, Н. И. Иммуномодулирующая терапия вторичного хронического пиелонефрита на фоне мочекаменной болезни / Н. И. Казенко, В. И. Ермишина, И. П. Грозюк, Ш. С. Менделян, Б. А. Бердичевский. // Медицинская наука и образование Урала. – 2017. – Т. 18. – № 2 (90). – С. 33–38.
14. Капустин, Р. В. Оксидативный стресс у беременных с сахарным диабетом / Р. В. Капустин, О. Н. Аржанова, А. В. Тиселько // Сахарный диабет. – 2017. – Т. 20. – № 6. – С. 461–471.
15. Каюков, И. Г. Пациент с коморбидным состоянием. Патогенетические основы противомикробного лечения инфекций мочевых путей у пациентов с сахарным диабетом / И. Г. Каюков, А. М. Есаян // Терапия. – 2017. – № 2 (12). – С. 24–38.
16. Куприенко, Н. Б. Метаболические основы профилактики инфекции мочевой системы у детей / Н. Б. Куприенко, З. В. Светлова, Н. Н. Смирнова // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И. П. Павлова. – 2017. – Т. 24. – № 1. – С. 22–27.
17. Курбатов, Д. Г. Симптоматика, диагностика и лечение острых воспалительных заболеваний почек у больных сахарным диабетом. / Д. Г. Курбатов, С. А. Дубский, А. Е. Лепетухин, М. В. Шестакова, И. И. Дедов // Сахарный диабет. – 2009. – № 2. – С. 72–76.
18. Лоран, О. Б. Воспалительные заболевания органов мочевой системы. Актуальные вопросы: учебное пособие для врачей. / О. Б. Лоран, Л. А. Синякова. – 4-е изд. перераб. и доп. – М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. – 104 с.: ил.
19. Малов, В. И. Клинические варианты поражения почек при сахарном диабете. / В. И. Малов // Забайкальский медицинский вестник. – 2017. – № 1. – С. 137–142.
20. Мухин, Н. А. Нефрология. Национальные рекомендации / Н. А. Мухин. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – с. 608.
21. Насыртдинова, А. Д. Коррекция иммунофакторного дисбаланса у больных сахарным диабетом 2 типа с инфекцией мочевых путей. / А. Д. Насыртдинова, Т. В. Моругова, Г. Ф. Алибаева // Современные проблемы науки и образования. – 2018. – № 3. – С. 39.
22. Насыртдинова, А. Д. Содержание про- и противовоспалительных цитокинов у пациентов с инфекцией мочевых путей и сахарным диабетом 1 и 2 типа / А. Д. Насыртдинова, Т. В. Моругова, Г. Ф. Алибаева. // Сахарный диабет – пандемия XXI: тезисы докл. VIII (XXV) Всероссийского диабетологического конгресса с международным участием. – М.: УП Принт, 2018. – С. 209–210.
23. Перепанова, Т. С. Антимикробная терапия и профилактика инфекций почек, мочевыводящих путей и мужских половых органов. Российские национальные рекомендации / Т. С. Перепанова, Р. С. Козлов, В. А. Руднов, Л. А. Синякова. – М.: Прима-принт, 2017. – 72 с.
24. Роживанов, Р. В. Особенности заболеваний мочеполовой системы при сахарном диабете / Р. В. Роживанов, А. Н. Акимова, Д. Г. Дубский, И. И. Дедов // Сахарный диабет. – 2009. – № 2. – С. 40–45.
25. Сковорцов, В. В. Проблемы хронической мочевой инфекции при сахарном диабете / В. В. Сковорцов, А. В. Тумаренко, Е. М. Сковорцова // Медицинский алфавит. Больница. – 2009. – № 1. – С. 38–42.
26. Тюзиков, И. А. Инсулинорезистентность как системный фактор патогенеза заболеваний почек / И. А. Тюзиков // Сахарный диабет. – 2014. – № 1. – С. 47–56.
27. Фомин, В. В. Инфекции мочевыводящих путей при сахарном диабете и метаболическом синдроме: возможности терапии комбинированным фитопрепаратом / В. В. Фомин // Клиническая нефрология. – 2013. – № 4. – С. 53–56.
28. Хине, Дж. Л. Связь между контролем гликемии и распространенными инфекционными заболеваниями у пациентов с сахарным диабетом 2 типа: когортное исследование / Дж. Л. Хине, Д. Лусигнан, Д. Бурлейгх // Эндокринология: новости, мнения, обучение. – 2016. – №4 (7). – С. 40–48.
29. Чакрян, С. А. Состояние иммунитета у больных сахарным диабетом 1 и 2 типов при пиелонефрите / С. А. Чакрян, В. М. Тимебулатов, Т. В. Моругова, Г. Ф. Алибаева. // Сахарный диабет. – 2010. – №2. – С. 81–83.
30. Чиканова, А. Ю. Особенности микрофлоры мочи больных сахарным диабетом / А. Ю. Чиканова, Л. Ю. Хамнуева, О. Г. Карноухова, Н. С. Судакова, Н. П. Токарева // Фарматека. – 2017. – №16 (349). – С. 58–61.
31. Шамхалова, М. Ш. Особенности почечной патологии у больных сахарным диабетом 2 типа / М. Ш. Шамхалова, Н. П. Трубицына,

- Н. В. Зайцева, М. В. Шестакова // Трудный пациент. – 2006. – № 8. – С. 73–76.
32. Шестакова, М. В. Сахарный диабет и хроническая болезнь почек / М. В. Шестакова, И. И. Дедов. – М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2009. – с. 482.
 33. Шилов, М. В. ХБП и нефропротективная терапия. Методическое пособие для врачей / Под ред. Е. М. Шилова. – М., 2012. – с. 83.
 34. Fünfstück, R. Urinary tract infection in patients with diabetes mellitus / R. Fünfstück, L. E. Nicolle, M. Hanefeld, K. G. Naber // *Clinical Nephrology*. – 2012. – V. 77. – I. 2. – P. 40–48.
 35. Kabeya, Y. Associations of insulin resistance and glycemic control with the risk of kidney stones / Y. Kabeya, K. Kato, M. Tomita, T. Katsuki, Y. Oikawa, A. Shimada, Y. Atsumi // *Internal Medicine*. – 2012. – V. 51. – I. 7. – P. 699–705.
 36. Mnif, M. F. Complicated urinary tract infections associated with diabetes mellitus: pathogenesis, diagnosis and management / M. F. Mnif, M. Kamoun, F. H. Kacem, Z. Bouaziz, N. Charfi, F. Mnif, B. B. Naceur, N. Rekik, M. Abid // *Indian J. Endocrinol. Metab.* – 2013. – V. 17. – I. 3. – P. 442–445.
 37. Ptaszynska, A. Safety profile of dapagliflozin for type 2 diabetes: pooled analysis of clinical studies for overall safety and rare events / A. Ptaszynska, K. M. Johnsson, S. J. Parikh, T. W. de Bruin, A. M. Apanovitch, J. F. List // *Drug Saf.* – 2014. – V. 37. – I. 10. – P. 815–829.
 38. Rendina, D. Association between metabolic syndrome and nephrolithiasis in an inpatient population in southern Italy: role of gender, hypertension and abdominal obesity / D. Rendina, G. Mossetti, G. De Filippo, D. Benvenuto, C. L. Vivona, A. Imbroinise, et al // *Nephrology Dialysis Transplantation*. – 2009. – V. 24. – I. 1. – P. 900–906.
 39. Renko, M. Meta-analysis of the significance of asymptomatic bacteriuria in diabetes / M. Renko, P. Tapanainen, P. Tossavainen, T. Pokka, M. Uhari // *Diabetes Care*. – 2011. – V. 34. – I. 1. – P. 230–235.
 40. Semenish, M. J. The Impact of Obesity on Urinary Tract Infection Risk / M. J. Semenish, A. D. Shore, M. A. Makary, J. Weiner, B. R. Matlaga // *Urology*. – 2012. – V. 79. – I. 2. – P. 266–269.
 41. Tanner, R. Epidemiology of Obesity, the Metabolic Syndrome, and Chronic Kidney Disease / R. Tanner, T. Brown, P. Muntner // *Current Hypertension Reports*. – 2012. – V. 14. – I. 2. – P. 152–159.

ИНФЕКЦИИ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ И САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

С. С. ЭЛЬГАЙТАРОВА, Л. В. БОРОДИНА

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В данной статье освещены особенности этиологии, патогенеза, клинической картины инфекций мочевых путей при сахарном диабете, а также уделено внимание факторам риска развития данной патологии. Кратко изложены преимущества различных лабораторно – инструментальных методов диагностики, а также освещены современные подходы к лечению и профилактике инфекций мочевых путей у больных сахарным диабетом. Особое внимание уделено актуальности данной проблемы.

Ключевые слова: сахарный диабет, инфекции мочевых путей, пиелонефрит, терминальная почечная недостаточность, нефросклероз, инсулинорезистентность, бессимптомная бактериурия, висцеральная автономная нейропатия

URINARY TRACT INFECTIONS AND DIABETES MELLITUS

L. V. BORODINA, S. S. ELGAYTAROVA

Stavropol State Medical University, Stavropol

This article highlights the features of the etiology, pathogenesis, clinical manifestations of urinary tract infections in diabetes mellitus, and also focuses on the risk factors for the development of this pathology. The advantages of various laboratory and instrumental methods of diagnostics are briefly described, and modern approaches to the treatment and prevention of urinary tract infections in patients with diabetes are highlighted. Particular attention is paid to the relevance of this problem.

Keywords: diabetes mellitus, urinary tract infections, pyelonephritis, terminal renal failure, nephrosclerosis, insulin resistance, asymptomatic bacteriuria, visceral autonomic neuropathy

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ

М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв

ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет»
Минздрава России, Ставрополь

Бактериальные инфекции кожи – это заболевания, в основе механизма развития которых лежит взаимодействие микроорганизма, макроорганизма и внешней среды. Они развиваются при проникновении в кожу патогенных бактерий: в 80–90% – стафилококков (*St. aureus*, *epidermidis*), в 10–15% – стрептококков (*S. pyogenes*). Бактериальные инфекции кожи выходят на первое место по частоте встречаемости среди всех кожных болезней в целом.

Различают стафилококковые пиодермии (связаны с придатками кожи), стрептококковые пиодермии (развиваются на гладкой коже, вокруг естественных отверстий) и смешанные (стрепто-стафилодермии).

Основой диагностики и дифференциальной диагностики данных дерматозов являются их клинические проявления, которые считаем важным охарактеризовать обособленно.

Клиническая картина стафилококковых пиодермий

ОСТИОФолликулит (OSTIOFOLLICULITIS)

Наиболее частая локализация: волосистая часть головы, туловище, ягодицы, половые органы. Высыпания при остиофолликулите представляют собой поверхностные пустулы величиной 1-3 мм, связанные с устьем волосяного фолликула и пронизанные волосом. Содержимое гнойное, крышечка напряжена, вокруг гнойничка определяется эритематозный венчик. Морфологические элементы могут быть единичными или множественными, располагаться группами, но никогда не сливаются. Через 2-3 дня гиперемия исчезает, а содержимое пустулы сохнет и образуется корочка. Рубец не остается. Эволюция остиофолликулита происходит за 3-4 дня.

Асхаков Марат Солтанович, кандидат медицинских наук, ассистент кафедры дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 89283147456; e-mail: kedri2007@yandex.ru

Чеботарёв Вячеслав Владимирович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России; тел.: 8 (8652) 287922; e-mail: sgmkvd@mail.ru

Фолликулит (FOLLICULITIS)

Фолликулит – гнойное воспаление фолликула волоса. У большинства пациентов он развивается из остиофолликулита в результате проникновения инфекции в глубокие слои кожи. Морфологически представляет собой фолликулярную пустулу, окруженную возвышающимся валиком островоспалительного инфильтрата (рис. 1). Если в воспалительный процесс вовлекается верхняя часть фолликула, развивается поверхностный фолликулит. При поражении всего фолликула, включая сосочек волоса, формируется глубокий фолликулит.



Рис. 1. Распространенный фолликулит

Локализация возможна на любом участке кожи, где имеются волосные фолликулы, но чаще на спине. Эволюция элемента происходит за 5-10 дней. После разрешения элемента остается временная поствоспалительная пигментация. Глубокие фолликулиты после себя оставляют небольшой рубчик, волосная луковица погибает.

Фурункул (FURUNCULUS)

Фурункул – острое гнойно-некротическое поражение всего фолликула и окружающей его подкожной жировой клетчатки. Начинается остро как глубокий фолликулит с мощным перифолликулярным инфильтратом и быстро развивающимся некрозом в центре. Иногда бывает и постепенное развитие – остиофолликулит, фолликулит, затем при нарастании воспалительных явлений в соединительной ткани из фолликула формируется фурункул.

Процесс протекает в три стадии.

– I стадия (стадия инфильтрации) характеризуется образованием болезненного островоспалительного узла размером с лесной орех (диаметром 1-4 см). Кожа над ним приобретает багрово-красный цвет.

– II стадия характеризуется развитием нагноения и формированием некротического стержня. Над поверхностью кожи выступает конусообразный узел, на вершине которого образуется пустула. В результате некроза через несколько дней наблюдается размягчение узла в центре. После вскрытия пустулы и отделения серо-зеленого гноя с примесью крови постепенно отторгается гнойно-некротический стержень. На месте вскрывшегося фурункула формируется язва с неровными, подрытыми краями и дном, покрытым гнойно-некротическими массами.

– III стадия – заполнение дефекта грануляционной тканью и образование рубца. В зависимости от глубины воспалительного процесса рубцы могут быть или едва заметными, или же выраженными (втянутыми, неправильной формы).

Фурункул локализуется на любом участке кожи, за исключением ладоней и подошв (где отсутствуют волосяные фолликулы). Опасна локализация на лице (область носа, верхней губы) – возможно проникновение стафилококков в венозную систему мозга с развитием сепсиса и летального исхода.

Единичный фурункул обычно не сопровождается общими явлениями, при наличии нескольких фурункулов возможны повышение температуры тела до 37,2–39°C, слабость, потеря аппетита.

Эволюция фурункула происходит в течение 7-10 дней, но иногда появляются новые фурункулы, и болезнь затягивается на месяцы.

Возникновение одновременно нескольких фурункулов или рецидивы воспалительного процесса указывают на фурункулез. Данное состояние чаще всего встречается у подростков и молодых людей с выраженной сенсibilизацией к пиококкам, а также у лиц с соматической патологией (сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, хронический алкоголизм), хроническими зудящими дерматозами (чесотка, педикулез).

КАРБУНКУЛ (CARBUNCULUS)

Карбункул – конгломерат фурункулов, объединенных общим инфильтратом. У детей встречается редко. В развитии заболевания важную роль играют нарушения обмена веществ (сахарный диабет), иммунодефицит, истощение и ослабление организма недоеданием, перенесенной хронической инфекцией, интоксикацией (алкоголизмом), а также массивное загрязнение кожи в результате несоблюдения гигиенического режима, микротравмы.

Карбункул возникает остро в результате одновременного поражения многих рядом расположенных фолликулов, представляет собой островоспалительный инфильтрат с множеством некротических стержней. Инфильтрат захватывает

кожу и подкожную клетчатку, сопровождается выраженным отеком, а также нарушением общего состояния организма. Кожа над инфильтратом багрово-красного цвета с синюшным оттенком в центре. На поверхности карбункула видны несколько остроконечных пустул или черного цвета центров начинающегося некроза. Дальнейшее течение карбункула характеризуется образованием на его поверхности нескольких перфорационных отверстий, из которых выделяется густой гной с примесью крови. Вскоре происходит расплавление всей кожи, покрывающей карбункул, и формируется глубокая язва (иногда достигающая до фасции или до мышц), дно которой представляет собой сплошную некротическую массу грязно-зеленого цвета; вокруг язвы длительное время сохраняется инфильтрат. Дефект заполняется грануляциями и заживает глубоким втянутым рубцом. Карбункулы обычно бывают одиночными.

ГИДРАДЕНИТ (HYDRADENITIS)

Гидраденит – глубокое гнойное воспаление апокриновых желез. Встречается у подростков и пациентов молодого возраста. Дети до наступления полового созревания и люди пожилого возраста гидраденитом не болеют, так как у первых апокриновые железы еще не развились, а у вторых функция желез угасает.

Локализуется гидраденит в подмышечных впадинах, на половых органах, в промежности, на лопатке, вокруг соска, пупка. Сначала появляется легкий зуд, затем болезненность в области формирования воспалительного очага в подкожной клетчатке. Глубоко в коже (дерме и подкожной жировой клетчатке) формируется один или несколько узлов небольших размеров, округлой формы, плотноватой консистенции, болезненных при пальпации. Вскоре над узлами появляется гиперемия, приобретающая в дальнейшем синюшно-красную окраску. В центре узлов намечается флюктуация, вскоре они вскрываются с выделением густого желтовато-зеленого гноя. После этого воспалительные явления уменьшаются, и инфильтрат постепенно рассасывается. Некроза тканей кожи, как при фурункуле, не бывает. На высоте развития гидраденита повышается температура тела (субфебрильно), отмечается недомогание. Заболевание длится 10-15 дней. Гидрадениты нередко рецидивируют. Для рецидивирующих гидраденитов на коже характерно появление двойных или тройных комедонов, а также наличие рубцов, напоминающих шнуры.

СИКОЗ (SYCOSIS)

Сикоз – хроническое гнойное воспаление фолликулов в зоне роста щетинистых волос. Поражаются фолликулы зоны бороды, усов, бровей, лобка. Данное заболевание встречается исключительно у мужчин. В развитии заболевания основную роль играют следующие факторы: инфицирование кожи золотистым стафилококком; дисбаланс половых гормонов (заболевание встречается только у мужчин, поражаются только себорейные зоны на лице); аллергиче-

ские реакции, развивающиеся в ответ на воспаление.

Сикоз начинается с появления остиофолликулитов на гиперемизированной коже. В дальнейшем возникает выраженная инфильтрация, на фоне которой видны пустулы, поверхностные эрозии, серозно-гнойные корки. Волосы в зоне поражения легко выдергиваются. Рубцов не остается. Сикоз нередко осложняется экзематизацией, о чем свидетельствуют усиление островоспалительных явлений, появление зуда, мокнутия, серозных корок.

Для данного заболевания характерно длительное течение с периодическими ремиссиями и обострениями (в течение многих месяцев и даже лет).

ЯЧМЕНЬ (HORDEOLUM)

Ячмень – гнойный фолликулит и перифолликулит области века.

Для заболевания характерны отек и покраснение края века, сопровождаемые выраженной болезненностью.

ВЕЗИКУЛОПУСТУЛЕЗ (VESICULOPUSTULOS) И ПОТНИЦА (MILIARIA)

Везикулопустулез и потница – это два состояния, тесно связанные между собой и представляющие две стадии развития воспалительного процесса в эккринных потовых железах при усиленном потоотделении на фоне перегрева ребенка (высокая температура окружающей среды, лихорадка при общих инфекционных заболеваниях). Возникают чаще к концу первого месяца жизни ребенка, когда потовые железы начинают активно функционировать, и прекращаются к 1,5-2 годам, когда у детей формируются механизмы потоотделения и терморегуляции.

Потницу рассматривают как физиологическое состояние, связанное с гиперфункцией эккринных потовых желез. Клинически характеризуется появлением на коже мелких папул красноватого цвета – расширенных устьев протоков эккринных потовых желез. Высыпания располагаются на волосистой части головы, верхней трети груди, шее, спине.

Везикулопустулез – гнойное воспаление устьев эккринных потовых желез на фоне имеющейся потницы и проявляемые поверхностными пустулами-везикулами размером с просыное зерно, наполненными молочно-белым содержимым и окруженными венчиком гиперемии.

При распространенном везикулопустулезе отмечаются субфебрилитет и недомогание ребенка. На месте пустул появляются серозно-гнойные корочки, после отторжения, которых не остается ни рубчиков, ни гиперпигментных пятен. Процесс продолжается 2-10 дней. У недоношенных детей поражение распространяется в глубину и возникают множественные абсцессы.

МНОЖЕСТВЕННЫЕ АБСЦЕССЫ У ДЕТЕЙ, ИЛИ ПСЕВДОФУРУНКУЛЕЗ ФИНГЕРА (PSEUDOFURUNCULOSIS FINGER)

Псевдофурункулез Фингера чаще всего является продолжением течения везикулопустулеза.

При данном состоянии отмечается поражение стафилококковой инфекцией всего выводного протока и даже клубочков эккринных потовых желез. В этом случае появляются более крупные, резко очерченные, полусферические узелки и узлы различной величины (1-2 см). Кожа над ними гиперемизирована, синюшно-красного цвета, впоследствии истончается, узлы вскрываются с выделением густого зеленовато-желтого гноя, при заживлении образуется рубчик (или рубец). В отличие от фурункула вокруг узла нет плотного инфильтрата, он вскрывается без некротического стержня. Самая частая локализация – кожа волосистой части головы, ягодицы, внутренняя поверхность бедер, спина.

Заболевание протекает с нарушением общего состояния ребенка: повышением температуры тела до 37-39 °С, диспепсией, интоксикацией. Осложнения – отиты, гаймориты, пневмония.

К этому заболеванию особенно склонны дети, страдающие гипотрофией, рахитом, с повышенной потливостью, анемией, гиповитаминозами.

ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ ПУЗЫРЧАТКА НОВОРОЖДЕННЫХ (PEMPHIGUS EPIDEMICUS NEONATORUM)

Эпидемическая пузырчатка новорожденных – распространенное поверхностное гнойное поражение кожи у новорожденных. Представляет собой контактное заболевание, возникающее чаще всего в первую неделю жизни ребенка. Высыпания локализуются на ягодицах, бедрах, вокруг пупка, конечностях, крайне редко на ладонях и подошвах (в отличие от локализации пузырей при сифилитической пузырчатке). Пузыри множественные, с мутным серозным или серозно-гнойным содержимым, величиной от горошины до грецкого ореха, появляются на неинфильтрированной, неизменной коже. Сливаясь и вскрываясь, они образуют мокнущие красные эрозии с обрывками эпидермиса. Симптом Никольского при тяжелом течении процесса может быть положительным. Корок на поверхности элементов не образуется. Дно эрозий в течение нескольких дней полностью эпителизируется, оставляя бледно-розовые пятна. Высыпания происходят волнообразно, группами через 7-10 дней. Каждый приступ болезни сопровождается повышением температуры тела до 38-39 °С.

Пузырчатку новорожденных относят к контактным заболеваниям, поэтому больного ребенка изолируют в отдельную палату или переводят в инфекционное отделение.

ЭКСФОЛИАТИВНЫЙ ДЕРМАТИТ НОВОРОЖДЕННЫХ РИТТЕРА (DERMATITIS EXFOLIATIVA), ИЛИ СТАФИЛОКОККОВЫЙ СИНДРОМ ОБОЖЖЕННОЙ КОЖИ

Эксфолиативный дерматит новорожденных Риттера – самая тяжелая форма стафилококковых пиодермий, развивается у детей первых дней жизни. Тяжесть заболевания напрямую зависит от возраста заболевшего ребенка: чем

младше ребенок, тем тяжелее протекает заболевание. Развитие данного заболевания возможно и у детей более старшего возраста (до 2-3 лет), отличается легким течением, не носит распространенного характера.

Заболевание начинается с воспалительной яркой отечной эритемы в области рта или области пупочной ранки, которая быстро опускается на область складок шеи, живот, половые органы и анус. На этом фоне образуются крупные, вялые пузыри, которые быстро вскрываются, оставляя обширные мокнущие эрозированные поверхности. При незначительной травме отекий, разрыхленный эпидермис местами отслаивается. Симптом Никольского резко положительный. Рубцов не остается. В одних случаях вначале преобладают буллезные высыпания, а затем заболевание принимает характер эритродермии, в других – оно сразу начинается с эритродермии в течение 2-3 дней, охватывающей почти всю поверхность тела.

Различают три стадии заболевания: эритематозную, эксфолиативную и регенеративную.

В эритематозной стадии отмечают разлитое покраснение кожи, отечность и появление пузырей. Образующийся в эпидермисе и под ним экссудат способствует отслаиванию участков эпидермиса.

В эксфолиативной стадии очень быстро появляются эрозии с тенденцией к периферическому росту и слиянию. Это наиболее тяжелый период (внешне ребенок напоминает больного с ожогами – степени), сопровождаемый высокой температурой тела до 40-41 °С, диспепсическими расстройствами.

В регенеративной стадии уменьшаются гиперемия и отечность кожи, происходит эпителизация эрозивных поверхностей.

Клиническая картина стрептококковых пиодермий

СТРЕПТОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО (IMPETIGO STREPTOGENES)

Стрептококковое импетиго отличается контактно-заразностью и является самой частой формой стрептодермии у детей. Самая частая локализация – щеки, нижняя челюсть, вокруг рта, реже на коже туловища.

Морфологический элемент – фликтена, поверхностная эпидермальна пустула с тонкой, дряблой покрывкой, лежащей почти на уровне кожи, наполненной серозным содержимым. Фликтена окружена зоной гиперемии (венчиком), имеет склонность к периферическому росту. Ее содержимое быстро сохнет в корочку соломенно-желтого цвета, при снятии которой образуется влажная эрозивная поверхность. Вокруг первичной фликтены появляются новые мелкие, сгруппированные фликтены, при вскрытии которых очаг приобретает фестончатые очертания. Процесс заканчивается через 1-2 нед.

Различают несколько клинических разновидностей стрептококкового импетиго.

БУЛЛЕЗНОЕ ИМПЕТИГО (IMPETIGO BULLOSA)

Буллезное импетиго характеризуется пустулами-пузырями, располагающимися на участках кожи с выраженным роговым слоем или в более глубоких слоях эпидермиса.

При буллезном импетиго покрывка пузыря напряженная, содержимое серозно-гнойное, иногда с кровянистым содержимым. Чаще встречается у детей младшего и среднего возраста, локализуется на нижних конечностях. Заболевание сопровождается нарушением общего состояния пациентов, подъемом температуры тела, возможны септические осложнения.

ЩЕЛЕВИДНОЕ ИМПЕТИГО, ЗАЕДА (IMPETIGO FISSURICA)

Щелевидное импетиго представляет собой стрептодермию углов рта. Часто развивается у детей среднего возраста и подростков при наличии привычки облизывать губы (сухие губы при atopическом дерматите, актиническом хейлите, хронической экземе), а также у пациентов, у которых затруднено носовое дыхание (хронический тонзиллит), во время сна с открытым ртом происходит чрезмерное увлажнение углов рта, что способствует развитию воспаления. Фликтена локализуется в углах рта, быстро вскрывается и представляет собой эрозию, окруженную венчиком отслоившегося эпидермиса. В центре эрозии, в углу рта располагается радиальная трещина, частично покрытая медово-желтыми корками.

ПОВЕРХНОСТНЫЙ ПАНАРИЦИЙ (TURNEOE)

Поверхностный панариций представляет собой воспаление околоногтевых валиков. Часто развивается у детей при наличии заусенцев, травмы ногтей, онихофагии. Воспаление подкожно-образно окружает ногтевую пластинку, сопровождается выраженной болезненностью. При хроническом течении кожа валика ногтя синюшно-красного цвета, инфильтрирована, по периферии расположена бахромка отслаивающегося эпидермиса, из-под валика ногтя периодически выделяется капля гноя. Ногтевая пластинка становится деформированной, тусклой, может развиваться онихолизис.

ИНТЕРТРИГИНОЗНАЯ СТРЕПТОДЕРМИЯ, ИЛИ СТРЕПТОКОККОВАЯ ОПРЕЛОСТЬ (INTERTRIGO STREPTOGENES)

Заболевание возникает на соприкасающихся поверхностях кожных складок ребенка: в пахово-бедренных и межъягодичной, за ушными раковинами, в подмышечных впадинах. Оно характерно преимущественно для детей, страдающих ожирением, гипергидрозом, atopическим дерматитом, диабетом.

Появляясь в большом количестве, фликтены сливаются, быстро вскрываются, образуя сплошные эрозированные мокнущие поверхности ярко-розового цвета, с фестончатыми границами и бордюром отслаивающегося эпидермиса по периферии. Рядом с основными очагами поражения видны отсеки в виде отдельно расположенных пустулезных элемен-

тов, находящихся в различных стадиях развития. В глубине складок нередко имеются болезненные трещины. Течение длительное и сопровождается выраженными субъективными нарушениями.

ПОСЛЕЭРОЗИВНЫЙ СИФИЛОИД, ИЛИ СИФИЛОПОДОБНОЕ ПАПУЛЕЗНОЕ ИМПЕТИГО (SYPHILOIDES POSTEROSIVES, IMPETIGO PAPULOSA SYPHILOIDES)

Заболевание наблюдается у детей преимущественно грудного возраста. Локализация – кожа ягодиц, половых органов, бедер. Оно начинается с быстро вскрывающихся фликтен, в основании которых определяется инфильтрат, что и делает эти элементы похожими на папулоэрозивный сифилид. Однако для сифилитической инфекции не характерна островоспалительная реакция. В возникновении данного заболевания у детей имеет значение плохой гигиенический уход.

ПРОСТОЙ ЛИШАЙ (PITYRIASIS SIMPLEX)

Простой лишай – сухая поверхностная стрептодермия, вызываемая неконтагиозными формами стрептококка. Воспаление развивается в роговом слое эпидермиса и представляет собой кератопиодермию. Возникает у детей и подростков.

Локализуются высыпания чаще всего на щеках, подбородке, конечностях, реже на туловище. Характеризуется образованием круглых, четко отграниченных очагов розового цвета, обильно покрытых серебристыми чешуйками.

Заболевание протекает без островоспалительных проявлений, длительно, возможно самоизлечение. После разрешения высыпаний на коже остаются временные депигментированные пятна.

ЭКТИМА ВУЛЬГАРНАЯ (ECTHYMA VULGARIS)

Эктима вульгарная – глубокая дермальная пустула, возникающая чаще в области голени, обычно у лиц со сниженной сопротивляемостью организма (истощение, хронические соматические заболевания, авитаминоз, алкоголизм) с иммунодефицитом, при несоблюдении санитарно-гигиенических норм, на фоне хронических зудящих дерматозов.

Различают пустулезную и язвенную стадии. Процесс начинается с появления островоспалительного болезненного узелка в толще кожи, на поверхности которого возникает пустула с мутноватым серозно-гнойным, а затем гнойным содержимым. Пустула распространяется вглубь и по периферии вследствие гнойного расплавления инфильтрата, который ссыхается в серовато-бурую корку. При тяжелом течении процесса зона воспаления вокруг корки расширяется и формируется слоистая корка – рупия. При отторжении корки обнажается глубокая язва, дно которой покрыто гнойным налетом. Края язвы мягкие, воспаленные, возвышаются над окружающей кожей.

При благоприятном течении под коркой появляются грануляции и наступает рубцевание.

Длительность течения составляет около месяца. На месте высыпаний остается втянутый рубец.

Клиническая картина смешанных пиодермий (Strepto-staphylo-dermia)

СТРЕПТОСТАФИЛОКОККОВОЕ ИМПЕТИГО, ИЛИ ВУЛЬГАРНОЕ ИМПЕТИГО (IMPETIGO STREPTO-STAPHYLOGENES)

Заболевание представляет собой поверхностную контагиозную стрептостафилококковую пиодермию (рис. 2).



Рис. 2. Стрептостафилококковое импетиго

Заболевание начинается как стрептококковый процесс, к которому присоединяется стафилококковая инфекция. Серозное содержимое пустул становится гнойным. Далее в очаге образуются мощные корки. Длительность заболевания составляет около недели, заканчивается формированием временной поствоспалительной пигментации. Высыпания часто проявляются на лице, верхних конечностях. Чаще наблюдается у детей.

ХРОНИЧЕСКАЯ ЯЗВЕННАЯ И ЯЗВЕННО-ВЕГЕТИРУЮЩАЯ ПИОДЕРМИИ (PYODERMITIS CHRONICA EXULCERANS ET VEGETANS)

Это группа хронических гнойничковых заболеваний кожи, отличающихся длительным и упорным течением, в патогенезе которых основную роль играют нарушения иммунитета.

Возбудители заболевания – стафилококки, стрептококки, пневмококки, а также грамотрицательная флора.

Гнойные язвы локализуются преимущественно на голени. Чаще всего им предшествуют фурункул или эктима. Островоспалительные явления стихают, но болезнь приобретает хроническое течение. Образуется глубокий

инфильтрат, подвергающийся гнойному расплавлению, с образованием обширных изъязвлений, фистульных ходов с выделением гноя. С течением времени дно язв покрывается вялыми грануляциями, края инфильтрируются, застойно гиперемированы, пальпация их болезненна. Формируется хроническая язвенная пиодермия.

При хронической язвенно-вегетирующей пиодермии дно язвы покрывается папилломатозными разрастаниями и корковыми наслоениями, при сдавливании которых из межсосочковых щелей выделяются капли густого гноя. Имеется склонность к серпингированию. Очаги при язвенно-вегетирующей пиодермии чаще всего локализуются на тыльной поверхности кистей и стоп, в области лодыжек, на волосистой части головы, лобке и др.

Хронические гнойничковые заболевания кожи длятся месяцами, годами. Заживление протекает грубым рубцеванием, в результате которого в рубцовую ткань оказываются, заключены и участки здоровой кожи. Прогноз серьезный.

Данное течение гнойничковых заболеваний кожи характерно для взрослых пациентов и детей старшего возраста с выраженной иммунной недостаточностью, с тяжелыми соматическими и онкологическими заболеваниями, алкоголизмом.

ШАНКРИФОРМНАЯ ПИОДЕРМИЯ (PYODERMIA CHANCRIFORMIS)

Шанкриформная пиодермия – глубокая форма смешанных гнойничковых заболеваний кожи, клинически имеющая сходство с сифилитическим шанкром.

Данное заболевание вызывает золотистый стафилококк, иногда в сочетании со стрептококком. Оно развивается как у взрослых, так и у детей.

У большинства больных высыпания локализуются в области половых органов: на головке полового члена, крайней плоти, малых и больших половых губах. В 10% случаев возможно экстрагенитальное расположение высыпаний (на лице, губах, веках, языке).

Возникновению заболевания способствуют плохой уход за кожей, длинная крайняя плоть с узким отверстием (фимоз), вследствие чего возникает скопление смегмы, которая раздражает головку и крайнюю плоть.

Развитие шанкриформной пиодермии начинается с единичной пустулы, которая быстро превращается в эрозию или поверхностную

язву правильно округлых или овальных очертаний, с плотными, валикообразно приподнятыми краями и инфильтрированным дном красного цвета, покрытым незначительным фибринозным налетом. Величина язвы составляет 1 см в диаметре. Отделяемое из язвы скудное, серозное или серозно-гнойного характера, при исследовании которого обнаруживают кокковую флору. Субъективные ощущения отсутствуют. Язвы обычно одиночные, редко множественные. Сходство с сифилитическим твердым шанкром усугубляется наличием в основании язвы более или менее выраженного уплотнения, малой болезненностью язвы, умеренным уплотнением и увеличением регионарных лимфатических узлов до размера вишни или лесного ореха.

Течение шанкриформной пиодермии может затягиваться до 2-3 мес и заканчивается образованием рубца.

Клиническая картина других бактериальных процессов

ПИОГЕННАЯ ГРАНУЛЕМА (GRANULOMA PYOGENICUM)

Пиогенную гранулему (ботриомикому) традиционно относят к пиодермиям, хотя она, по сути, является особой формой гемангиомы, развитие которой провоцирует кокковая флора. Представляет собой быстро растущее опухолевидное образование на ножке, состоящее из капилляров. Поверхность неровная, нередко с кровотокающими эрозиями синюшно-красного цвета, покрыта гнойно-геморрагическими корками. Иногда наблюдаются изъязвление, некротизация. Наиболее частая локализация ботриомикомы – лицо, верхние конечности. В большинстве случаев развивается на местах травм, укусов насекомых, длительно не заживающих ран.

ЭРИТРАЗМА (ERYTRASMA)

Эритразма – хронически протекающее бактериальное поражение кожи. Возбудитель *Corynebacterium Fluorescens erythrasmae*, размножающаяся только в роговом слое кожи. Самая частая локализация высыпаний – крупные складки. Высыпания представлены невоспалительными шелушащимися пятнами коричнево-красного цвета, с резкими границами, склонными к периферическому росту и слиянию. Пятна резко отграничены от окружающей кожи, обычно редко выходят за пределы соприкасающихся участков кожи. Очаги поражения в лучах лампы Вуда имеют характерное кораллово-красное свечение.

Литература

1. Асхаков, М. С. Эритемы инфекционно-аллергической природы / М. С. Асхаков, В. В. Чеботарёв // Вестник молодого ученого. – 2017. – № 4 (19). – С. 33-38.
2. Асхаков, М. С. Гнойничковые болезни кожи у детей / М. С. Асхаков, А. М. Эльканов,

О. А. Кайшева // Вестник молодого ученого. – 2018. – № 2 (21). – С. 36-39.

3. Асхаков, М. С. Этиопатогенез бактериальных инфекций кожи / М. С. Асхаков // Science and world. – 2018. – Vol. II, № 5 (57). – P. 29-31.
4. Асхаков, М. С. Дерматовенерология. Разноразмерные задания для формирования

- клинического мышления / М. С. Асхаков // Учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 160 с.
5. Бутов, Ю. С. Дерматовенерология. Национальное руководство. Краткое издание / Ю. С. Бутов, Ю. К. Скрипкин, О. Л. Иванов. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 896 с.
 6. Чеботарёв, В. В. Руководство для клинических ординаторов по дерматовенерологии / В. В. Чеботарев, М. С. Асхаков, А. В. Одинец, Н. В. Чеботарёва // В 2 томах. Том 2. Паразитарные и инфекционные заболевания. Болезни, передаваемые половым путем. – Ставрополь: Изд-во СтГМУ, 2017. – 346 с.
 7. Kar, P. K. Bacteriological Study of Pyoderma in Children // P. K. Kar, N. P. Sharma, B. H. Shah // Indian journal of dermatology, venereology and leprology. – 2017. – Vol. 51 (6). – P. 325-327.
 8. Kechichian, E. Pediatric pyoderma gangrenosum: a systematic review and update / E. Kechichian, R. Haber, N. Mourad, R. El. Khoury, S. Jabbour, R. Tomb // – Int. J. Dermatol. – 2017. – Vol. 56 (5). – P. 486-495.
 9. Verma, K. C. Streptococci in Pyoderma / K. C. Verma, D. T. Chug, K. K. Bhatia // Indian journal of dermatology, venereology and leprology. – 2017. – Vol. 47 (4). – P. 202-207.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ БАКТЕРИАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ КОЖИ

М. С. АСХАКОВ, В. В. ЧЕБОТАРЁВ

Ставропольский государственный медицинский университет, Ставрополь

В помощь практикующим врачам в статье представлены особенности клинических проявлений бактериальных инфекций кожи. Рассмотрены стафилококковые, стрептококковые и смешанные пиодермии.

Ключевые слова: бактериальные инфекции кожи, клиническая картина, карбункул, фурункул, гидраденит, сикоз, стрептококковое импетиго

THE CLINICAL MANIFESTATIONS OF BACTERIAL INFECTIONS OF THE SKIN

M. S. ASKHAKOV, V. V. CHEBOTARYOV

Stavropol State Medical University, Stavropol

To help practitioners in the article presents the features of clinical manifestations of bacterial infections of the skin. Staphylococcal, streptococcal and mixed pyoderma are considered.

Key words: bacterial skin infections, clinical picture, carbuncle, furuncle, hidradenitis, sycosis, streptococcal impetigo

ТРЕБОВАНИЯ И УСЛОВИЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЯ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛ «ВЕСТНИК МОЛОДОГО УЧЕНОГО»

1. Общие положения

1.1. Журнал «Вестник молодого ученого» является рецензируемым научным изданием, в котором отражаются результаты исследований в области клинической, фундаментальной и профилактической медицины. Выпускается в печатной и электронной версиях.

1.2. Журнал включен в Реферативный журнал и Базы данных ВИНТИ РАН и зарегистрирован в НЭБ (научной электронной библиотеке) в базе данных РИНЦ (Российского индекса научного цитирования) с постатейным размещением. Подписной индекс журнала «Вестник молодого ученого» в агентстве «Роспечать» 70422.

1.3. В журнале «Вестник молодого ученого» публикуются оригинальные научные статьи, обзоры и результаты экспериментальных и клинических исследований, проводившихся в различных областях медицины, материалы с описанием клинических случаев, сведения биографического и историко-медицинского характера.

1.4. В материалах рукописи не должны содержаться результаты исследования, ранее опубликованные или направленные на публикацию в редакции других журналов.

1.5. Плата за рецензирование и публикацию рукописи не взимается.

1.6. Статьи должны быть тщательно отредактированы и выверены авторами.

1.7. Редакционная коллегия журнала оставляет за собой право сокращать и редактировать присланные статьи.

1.8. Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, отклоняются.

1.9. При отклонении материалов рукописи авторам не возвращаются.

1.10. Электронные версии статей направлять на адрес электронной почты smu@stgmu.ru главному редактору Хрипуновой Алесе Александровне с пометкой «Статья в Вестник молодого ученого». В течение 10 календарных дней с момента отправки редакционная коллегия обязана сообщить о получении материалов.

2. Исследования на людях

2.1. При описании в материалах статьи результатов исследований на людях авторам необходимо указать наличие официального одобрения исследования наблюдательным советом (этическим комитетом) организации или соответствие исследования Хельсинской декларации и (или) другим признанным стандартам, а также факта получения от пациентов (или их опекунов) письменного информированного согласия.

2.2. При подаче материалов в раздел журнала «Клинические случаи» авторам необходимо получить от пациентов письменное разрешение на использование любых изображений (при наличии), по которым их можно идентифицировать.

2.3. При рассмотрении рукописи редакция журнала вправе запросить копию решения наблюдательного совета (этического комитета) организации на разрешение исследования на людях и (или) копий информированного согласия пациентов.

3. Исследования на животных

3.1. При описании в материалах статьи результатов исследований на животных авторам необходимо предоставить подтверждение, что исследование проводилось в соответствии с основными правилами, изложенными в основополагающих документах, регламентирующих проведение экспериментов на лабораторных животных и условия их содержания.

3.2. При рассмотрении рукописи редакция журнала вправе запросить копию решения наблюдательного совета (этического комитета) организации на разрешение исследования на животных.

4. Заимствования

4.1. Авторы должны удостовериться, что представленные в статье данные являются оригинальными, все цитируемые в работе исследования других авторов сопровождаются ссылками на первоисточники и включены в список литературы.

4.2. Редакция журнала рекомендует авторам перед подачей рукописи самостоятельно оценить уникальность материалов статьи с помощью специализированных сервисов <https://www.antiplagiat.ru/> (для русскоязычных текстов) и <http://www.plagiarism.org/> (для англоязычных текстов).

4.3. Не допускается указание в рукописи фрагментов заимствованного текста без указания первоисточника. Плагиат во всех формах представляет собой неэтичные действия и является неприемлемым для журнала.

4.4. Редакция журнала оставляет за собой право проверки поступивших рукописей на плагиат. Текстовое сходство в объеме более 30% считается неприемлемым и является основанием для отказа рассмотрения рукописи.

4.5. При значительных заимствованиях редакция журнала действует в соответствии с алгоритмами редакционной этики The Committee on Publication Ethics (COPE).

5. Конфликт интересов

5.1. Все авторы обязаны раскрыть в своих рукописях потенциальные конфликты интересов, которые могут быть восприняты как оказавшие влияние на результаты или выводы, представленные в работе.

6. Требования к оформлению статьи

6.1. Статья должна быть набрана в текстовом редакторе Word, шрифт Times New Roman, 12 пт., междустрочный интервал 1,5 (в таблицах междустрочный интервал 1), форматирование по ширине, без переносов и нумерации страниц, ориентация страницы книжная, левое поле 30 мм, остальные – 20 мм. Стиль статьи должен быть ясным, лаконичным.

6.2. Рукопись оригинальной статьи должна включать:

1) УДК; 2) название статьи (заглавными буквами); 3) инициалы и фамилию автора(ов); 4) наименование учреждения, где выполнена работа, город; 5) введение (без выделения подзаголовка); 6) материал и методы исследования; 7) результаты и обсуждение; 8) заключение (выводы); 9) таблицы, рисунки; 10) подписи к рисункам; 11) литература; 12) резюме на русском и английском языках; 13) ключевые слова на русском и английском языках; 13) авторскую справку по всем авторам с развернутым именем и отчеством, с указанием ученой степени и ученого звания, должности и места работы, контактного телефона и электронного адреса. Пункты 2-5 помещаются через пробел между ними.

Текст. Во введении обязательна формулировка цели исследования с полным ответом на вопрос: что необходимо изучить (оценить), у каких лиц (больных), каким методом. В разделе «Материал и методы исследования» обязательно указывать методы статистической обработки. При изложении результатов исключить дублирование данных, приведенных в таблицах, ограничиваясь упоминанием наиболее важных. При обсуждении новые и важные аспекты своего исследования сопоставлять с данными других исследователей, не дублируя сведения из введения и данные

раздела «Результаты». Обязательна расшифровка аббревиатур при первом упоминании слова в тексте. Не следует применять сокращения в названиях статьи. В написании числовых значений десятые доли отделяются от целого числа запятой, а не точкой. Специальные термины следует приводить в русской транскрипции.

При описании клинических наблюдений не допускается упоминание фамилий пациентов, номеров историй болезни, в том числе на рисунках. При изложении экспериментов на животных следует указывать, соответствовало ли содержание и использование лабораторных животных национальным законам, рекомендациям национального совета по исследованиям, правилам, принятым в учреждении.

Таблицы, рисунки (иллюстрации). Каждая таблица печатается на отдельной странице, должна иметь название и порядковый номер (в верхней части таблицы). В сносках указывать статистические методы оценки вариабельности данных и достоверности различий. Ссылка на таблицу и рисунок по тексту оформляется следующим образом: (табл. 1 (2, 3 и т.д.) или (рис. 1 (2, 3 и т.д.)). Место в тексте, где должна быть помещена таблица или рисунок, обозначается на поле слева квадратом с указанием в нем номера таблицы или рисунка. Общее количество таблиц или рисунков в статье должно быть не более 3. Данные рисунков не должны повторять материалы таблиц. Иллюстрации (черно-белые) представляются в электронном виде с обязательной подписью и указанием номера рисунка – отдельными файлами в формате TIFF (расширение *.tif) или JPEG с минимальной компрессией (расширение *.jpg) в натуральную величину с расширением 300 dpi (точек на дюйм). Подписи к иллюстрациям не входят в состав рисунков, а прилагаются отдельным текстом в Word.

Список литературы печатается на отдельном листе (листах) через 1,5 интервала. Все цитируемые работы помещаются по алфавиту: вначале на русском, затем на иностранных языках. Количество литературных источников не должно превышать 20 для оригинальных статей, клинических наблюдений и 50 – для обзоров. Допускается (за исключением особых случаев) цитирование литературы только последних 5-10 лет выпуска, не рекомендуется цитировать диссертации (только авторефераты). Библиография

должна быть открытой (с полным цитированием работы, в том числе ее названия). Библиографическое описание источника должно проводиться в строгом соответствии с ГОСТ 7.1 – 2003.

В тексте статьи библиографические ссылки даются арабскими цифрами в квадратных скобках.

За правильность приведенных в списке литературы данных ответственность несут авторы.

Примеры оформления литературных ссылок в зависимости от вида источника:

Журнальная статья:

Саритхала, В. Д. Сывороточное содержание некоторых медиаторов метаболизма костной ткани у женщин с ревматоидным артритом / В.Д. Саритхала, П.В. Корой, А.В. Ягода // Медицинский вестник Северного Кавказа. – 2016. – Т. 11, № 3. – С. 393-398.

Elshabrawy, H. A. The pathogenic role of angiogenesis in rheumatoid arthritis / H. A. Elshabrawy, Z. Chen, M. V. Volin [et al.] // Angiogenesis. – 2015. – Vol. 18, № 4. – P. 433-448.

Журнальная статья в электронном формате:

Комарова, Е. Б. Влияние спиронолактона на показатели эндотелиальной дисфункции и маркеры воспаления у больных ревматоидным артритом [Электронный ресурс] / Е. Б. Комарова // Медицина и образование в Сибири. – 2015. – № 2. Доступно по: http://ngmu.ru/cozo/mos/article/text_full.php?id=1702 Дата обращения: 07.02.2017.

Книга:

Хаитов, Р. М. Иммунология : учебник / Р. М. Хаитов. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 529 с.

Резюме на русском и английском языках (объемом не более 20 строк) печатаются на отдельных страницах и включают название статьи, фамилии и инициалы авторов, цель исследования, материал и методы, результаты, заключение. На этой же странице помещаются ключевые слова (не более 8) на русском и английском языках.

6.3. Объем оригинальной статьи, как правило, должен составлять 4-8 страниц, клинических наблюдений (заметок из практики) – 3-4 страницы, обзоров – 8-10 страниц (без учета таблиц, рисунков, списка литературы и резюме).