

psoriasis. Moscow, 1987; p. 151–152. Russian (Эльберг Э. К., Вахтер Х. Т. О социальных и психологических аспектах псориаза. В кн.: Симпозиум социалистических стран по псориазу. Москва, 1987; с. 151–152.)

7. Kulikov LV Awareness of health as a value. Health and subjective well-being personality. Health Psychology. St. Petersburg: Publishing house of St. Petersburg state University, 2000; p. 240–284; 405–442. Russian (Куликов Л. В. Осознание здоровья как ценности. Здоровье и субъективное благополучие личности. Психология здоровья / под ред. Г. С. Никифорова. СПб.: Изд-во СПбГУ, 2000; с. 240–284; 405–442.)

8. Zacharzhvskij BV. Physiological aspects neurotic and psychosoma systematic pathology: the mechanism of the specificity of psychological effect. M.: Nauka, 1990; 176 p. Russian (З ахаржевский В. Б. Физиологические аспекты невротической и психосоматической патологии: механизм специфичности психоветеративного эффекта. М.: Наука, 1990; 176 с.)

9. Bleicher C, Glick G. New comprehensive method of treatment and prevention of psoriasis using elements of alternative therapy. International medical journal 2000; (4): 344–345. (Блайхер Ц., Глик Г. Новый комплексный метод лечения

и профилактики псориаза с применением элементов альтернативной терапии. Международный медицинский журнал. 2000; (4): 344–345.)

10. Tukaev RD. Mechanisms of psychological protection when emotional stress psychotherapy. In: The Eighth all-Union Congress of neuropathologists, psi-Heathrow and narcologists: Abstracts (25–28 October 1988, Moscow). M., 1988; 3: 506–507. Russian (Тукаев Р. Д. Механизмы психологической защиты при эмоционально-стрессовой психотерапии. В кн.: Восьмой всесоюзный съезд невропатологов, психиатров и наркологов: тезисы докладов (25–28 октября 1988 года, Москва). М., 1988; 3: 506–507.)

11. Kungurov NV, Filimonova NN, Tuzankina IA. Psoriatic diseases. Ekaterinburg: Ural, 2002; 200 p. Russian (Кунгуров Н. В., Филимонкова Н. Н., Тузанкина И. А. Псориатическая болезнь. Екатеринбург: Урал, 2002; 200 с.)

12. The anxiety scale Spielberg. PsyLab.info (Шкала тревоги Спилберга. PsyLab.info)  
13. <https://ru.wikipedia.org/wiki/SF-36>  
14. <http://engsokvd.medportal.saratov.gov.ru>  
15. <http://engsokvd.medportal.saratov.gov.ru>

УДК: 616–006.311.03–053.2–089

Краткое сообщение

## СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЮВЕНИЛЬНЫХ ГЕМАНГИОМ

**В. В. Дубенский** — ГБОУ ВПО «Тверской ГМУ Минздрава России, кафедра дерматовенерологии с курсом дерматовенерологии и косметологии ФДПО, интернатуры и ординатуры, доцент, кандидат медицинских наук.

### MODERN APPROACHES TO SURGICAL TREATMENT OF JUVENILE HEMANGIOMAS

**V. V. Dubensky** — Tver State Medical University of the Ministry of Russia, Department of Dermatology, Venereology and Cosmetology, Assistant professor, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 31.08.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

**Дубенский В. В. Современные подходы к оперативному лечению ювенильных гемангиом. Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 471–476.**

**Цель:** изучение клинико-функциональных особенностей ювенильных гемангиом (ЮГ) для выявления показаний к их удалению, а также анализ характера побочных явлений при различных методах лечения и определение эффективности радиоволнового их удаления. **Материал и методы.** Обследовано 216 детей с ЮГ и 14 взрослых пациентов с сохраняющимися гемангиомами. Радиоволновое лечение проводили 32 детям с поверхностными ЮГ. **Результаты.** Поверхностные ЮГ диагностированы в 76,1%, при этом наибольшая распространенность у поверхностных ЮГ малого диаметра и толщины. При обследовании детей с осложнениями различных методов лечения гемангиом установлено превалирование формирования патологических рубцов, при удалении гемангиом углекислотным лазером и при склеротерапии — 58,3%. Отечность и болезненность при радиоволновом удалении у большинства больных (84,3%) проходили через трое суток, излечение после 1-го сеанса наступило у 65,6% больных, после 2-го сеанса — у 28,2%, после 3-го сеанса — у 6,2%. При наблюдении за пациентами этой группы в течение одного-трех лет установлено их стойкое излечение. **Заключение.** Высокий косметический послеоперационный эффект при соблюдении строгих показаний для оперативного удаления, отсутствие рецидивов и низкий процент продолженного роста (6,2% после второго сеанса удаления) позволяют рекомендовать высокочастотное радиоволновое удаление для лечения поверхностных ЮГ кожи.

**Ключевые слова:** ювенильные гемангиомы, лечение, радиоволновая хирургия.

**Dubensky VV. Modern approaches to surgical treatment of juvenile hemangiomas. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 471–476.**

**Aim:** studying of clinical and functional features of juvenile hemangioma to identify indications to their removal. Analysis of the nature of side effects at the different methods of treatment and determination of efficiency of the radiowave moving away of juvenile hemangioma. **Materials and methods.** The study involved 216 children with juvenile hemangioma and 14 adult patients with persistent hemangioma. Radiowave treatment was conducted to 32 children with superficial juvenile hemangioma. **Results.** Superficial juvenile hemangioma are diagnosed in 76.1%, thus the highest prevalence of superficial juvenile hemangioma of small diameter and thickness. At the inspection of children with complications of different methods of treatment of hemangioma found the prevalence of formation of pathological scars, during removing of hemangioma by carbon-dioxide laser and at a sclerotherapy — 58.3%. Swelling and soreness at the radio wave moving away at most patients (84.3%) passed through 3 days, recovery after a 1 session came at 65.6% of patients, after 2 sessions — at 28.2%, after 3 sessions — at 6.2%. At watching the patients of this group during one to three years their proof recovery is set. **Conclusion.** High postoperative cosmetic effect under strict indications for surgical removal, the absence of relapses and the low percentage of continued growth (6.2% after the second session deletion) allow to recommend high-frequency radio wave removing for the treatment of superficial juvenile hemangioma of the skin.

**Key words:** juvenile hemangioma, treatment, radio-wave surgery.

**Введение.** Врожденные и приобретенные сосудистые аномалии, включая новообразования и мальформации (пороки развития), часто встречаются в грудном и детском возрасте. Ювенильные гемангиомы (гемангиомы младенческого возраста, гемангиомы новорожденных, младенческие гемангиомы) — самые распространенные опухоли детского возраста, которые, по оценкам различных исследователей, встречаются у 3–10% младенцев, принадлежащих к европеоидной расе [1–3]. Однако на основе недавнего исследования, можно сделать вывод о том, что реальная частота случаев ювенильных гемангиом (ЮГ) по-прежнему плохо поддается оценке [3]. Нередко при рождении ЮГ трудно диагностируются и становятся заметными в течение первых недель или месяцев жизни, в связи с чем не документируются в государственных реестрах врожденных дефектов.

ЮГ — это доброкачественные сосудистые опухоли, возникающие при локальном развитии значительных нарушений регуляции неангиогенеза. Сегодня установлены возможные причины их появления, но ни одна из существующих гипотез не позволяет полностью описать механизмы их инициации и регресса.

**Клинические проявления.** В соответствии с уровнем расположения, ЮГ можно разделить на поверхностные, глубокие или комбинированные [2, 3]. Клинически ЮГ представлены эластичными, теплыми на ощупь, не пульсирующими и обычно безболезненными, за исключением случаев изъязвления, новообразованиями. Поверхностные ЮГ описываются как «земляничные» гемангиомы и представляют собой ярко-красную опухоль с неровной бугристой поверхностью, правильными или неправильными очертаниями и неизменной кожей по периферии. Глубокие ЮГ — это выступающие над уровнем кожи, полушаровидные узловые опухоли, имеющие округлые очертания, теплые на ощупь, с неизменной цианотично-голубоватой кожей на поверхности или телеангиэктазиями. Комбинированные ЮГ являются сочетанием поверхностной гемангиомы и появившимся немного позже глубоким подкожным сосудистым компонентом [2, 3].

**Особенности лечения.** В течение последнего десятилетия достигнут значительный прогресс в разработке методов лечения ЮГ, поэтому прежние устоявшиеся рекомендации о пассивном наблюдении во многих случаях оказались устаревшими. Однако при выборе метода лечения необходимо критически оценивать его эффективность и возможные побочные эффекты, а тактика лечения не должна определяться наличием аппарата для лазерной хирургии или криодеструкции либо склонностью врача к оперативным вмешательствам. Многообещающие ожидания эффективности применения технологий, реализующих принципы селективного фототермолиза, оказались напрасными для лечения ювенильных гемангиом по причине недостаточного проникновения (1,2 мм для Nd:YAG и KTP-лазеров) [4, 5].

В последние годы вопросы диагностики и лечения новообразований кожи (НОК) вызывают высокий интерес у широкого круга специалистов (дерматологов, косметологов, хирургов и онкологов), что обусловлено как абсолютным ростом числа больных различными формами опухолей кожи, так и появлением новых аппаратных методик, позволяющих достаточно бы-

стро и в большинстве случаев эффективно удалить новообразование. Возрос и интерес пациентов к устранению косметических дефектов, обусловленных новообразованиями, особенно при локализации их в косметически значимых зонах [6].

Ведение пациентов с новообразованиями кожи в той или иной степени выходит за рамки узких клинических специальностей и находится на стыке двух и более дисциплин [6, 7]. Проблема междисциплинарного взаимодействия в клинической дерматологии в настоящее время является актуальной и требует определения единых показаний и техники удаления опухолей кожи.

Современным медицинским рынком предлагается ряд малоинвазивных хирургических методов: электрокоагуляция, ультразвуковая диссекция, аргонноплазменная коагуляция, лазерные хирургические аппараты. Однако проблема выбора метода рассечения ткани, удаления новообразования и гемостаза продолжает оставаться актуальной, поскольку все эти методы не лишены определенных недостатков.

На *развитие осложнений* влияет ряд факторов, среди которых — выбор тактики и метода удаления, размер и локализация новообразования, сопутствующие заболевания пациента и квалификация врача. Так, по данным М.И. Баранник и Е.О. Беляниной [8], наибольшее число осложнений отмечено при электрокоагуляции и криодеструкции, среди которых наибольшее значение и распространенность имеет формирование патологических рубцов (табл. 1).

Особенности некоторых методов удаления новообразований кожи и высокая частота развития осложнений позволяют выделить методы лечения, которые имеют определенные ограничения для широкого клинического применения (табл. 2).

Вместе с тем, планируя оперативное вмешательство при новообразованиях кожи, необходимо учитывать не только обеспечение наилучшего косметического эффекта, но и радикальность удаления опухолевой ткани.

Среди современных малоинвазивных оперативных методик особого внимания заслужила высокочастотная радиоволновая хирургия. Подобный интерес обусловлен в первую очередь высокой эффективностью воздействия, минимальным термическим повреждением здоровых тканей и, по сравнению с лазерными системами, низкой стоимостью оборудования [9].

В 1973 г. американский хирург-стоматолог и радиоинженер Ирвинг Элман запатентовал первый в мире радиоволновой хирургический генератор «Сургитрон» с четырьмя формами волны, работающий на частоте 3,8 МГц. Доктор Элман клинически доказал прямую зависимость степени повреждения тканей от частоты воздействующих на них электромагнитных колебаний. Именно он ввел в хирургическую практику термин «радиоволновая», или «радиочастотная», хирургия, имея в виду диапазон частот 3,8–4,0 МГц, в котором повреждение тканей является минимальным [10].

В настоящее время компания Ellman international inc. (США, генеральный представитель на территории РФ — ООО ЭЛЛМАН-Рус, Москва) выпускает серию аппаратов, основанных на принципе высокочастотной радиоволновой хирургии, — Surgitron DF 120 (регистрационное удостоверение № ФС 2005/943 от 22.04.2010, документ о соответствии РОСС US.ИМ02. А13117 от 29.08.2005), Surgitron Dual EMC 90 (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2012/12426 от

Таблица 1

## Осложнения и побочные эффекты при использовании различных методов удаления НОК [3]

Осложнения и побочные реакции	Хирургическое иссечение	Криохирургия	Электрохирургия	Радиоволновая хирургия	CO <sub>2</sub> -лазер
Воспалительная реакция	+	+++	++	+	+
Инфицирование раны	2%	2%	1,5%	0,5%	0,5%
Кровотечение	1%	—	0,5%	0,5%	0,5%
Образование рубцов (гипер-, атрофические или келоидные)	35%	10%	55%	15%	20%
Пигментации	5%	15%	35%	15%	15%
Повреждение здоровых тканей и структур в зоне удаления	0,1%	—	—	—	0,2%

Таблица 2

## Методы, имеющие ограничения при удалении новообразований кожи

Метод	Факторы ограничения
Химиодеструкция	Низкая эффективность, высокий процент рецидивов, длительный процесс воздействия и заживления
Криодеструкция	Малоконтролируемая зона развивающегося некроза, длительное заживление, высокий процент рецидивов
Электрокоагуляция	Большая протяженность коагуляционного некроза и некробиотически измененных тканей, длительное заживление послеоперационных дефектов, высокий процент развития рубцов

28.06.2012, документ о соответствии РОСС US.ИМ28. ДО1154 от 20.02.2013), Surgitron EMC (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2008/02473 от 15.08.2008, документ о соответствии РОСС US.ИМ02. А15252 от 1.10.2008) и прибор для радиохирургии в косметологии Surgitron DF S5 (регистрационное удостоверение № ФСЗ 2010/06668 от 22.04.2010, документ о соответствии РОСС US.ИМ28. ДО1208 от 14.05.2013).

Сегодня же радиоволновыми или радиочастотными стали называть практически все хирургические приборы, работающие в мегагерцовом диапазоне, а иногда и классические электро- и диатермокоагуляторы, что противоречит смыслу, заложенному автором, и ключевым особенностям уникальной методики.

Основными показаниями для радиоволновой хирургии в косметологии и оперативной дерматологии является удаление доброкачественных новообразований кожи (меланоцитарных, эпителиальных, кистозных, ассоциированных с вирусом папилломы человека и многих других), коррекция рубцов, лечение вросшего ногтя, проведение пилинга и лифтинга кожи.

**Цель работы:** изучение клинико-функциональных особенностей ЮГ для выявления показаний к их удалению, а также анализ характера побочных явлений при различных методах лечения и определение эффективности радиоволнового их удаления.

**Материал и методы.** Работа выполнена на кафедре дерматовенерологии с курсом дерматовенерологии и косметологии ФДПО, интернатуры и ординатуры Тверского государственного медицинского университета в течение 2010–2015 гг. В исследовании участвовало 216 детей с ЮГ (мальчиков 72, девочек 144), выбранных методом репрезентативной выборки, и 14 взрослых пациентов с явлениями гемангиомы в разной стадии регресса (14 женщин в возрасте 24–39 лет).

Исследование клинико-функциональных особенностей ЮГ включало изучение показателей, влияю-

щих на тактику лечения (характер роста и первичных проявлений, тип кровотока, стадия развития и экзоструктура). Использовались анамнестические, клинические и ультразвуковые методы исследования, направленные на уточнение размеров ЮГ и их гемодинамических показателей. Проводилось обследование пациентов с осложнениями после лечения различными методами (оперативное и селективное лазерное воздействие и склеротерапия).

**Результаты.** При обследовании 216 больных детей выявлено 255 гемангиом. На основании данных клинического и ультразвукового исследований поверхностные ЮГ диагностированы в 76,1% случаев, комбинированные — в 17,6% и глубокие — в 6,3%.

Наличие одиночных новообразований установлено у 83,3% детей, множественных — у 16,7%, при этом две ювенильные гемангиомы выявлены у 66,7% обследованных, три гемангиомы у 22,2% больных и более трех гемангиом у 11,1% детей.

**Локализация** гемангиом была различной: на коже лица располагалось 18,1% новообразований, на коже волосистой части головы 13%, на коже шеи 3,5%, на коже туловища 43,5%, коже верхних конечностей 9,4%, коже нижних конечностей 8,2% и в области половых органов 4,3% гемангиом.

Наблюдения за динамикой развития гемангиом позволили выявить *основные типы роста* новообразования: преимущественно периферический — у 64,7% новообразований, преимущественно вертикальный — у 4,3%, смешанный (умеренный вертикальный и периферический) — у 13%, выраженный вертикальный и периферический рост — у 7%, и в 11% случаев тенденция к прогрессивному росту новообразования отсутствовала.

УЗИ позволило определить *размеры гемангиом*: до 10 мм — 38,4% гемангиом, 10–20 мм — 43,17%, 20–30 мм — 11,37%, 30–40 мм — 3,53%, 40–50 мм — 2,35% и более 50 мм — 1,18% гемангиом. Глубина гемангиом до 3 мм установлена в 25,9% случаев, 3–5

мм — в 29,8%, 5-7мм — в 16,5%, 7-10мм — в 15,7%, 10-15мм — в 11,4% и более 15мм — 0,8% случаев.

**Гемодинамика ЮГ** характеризовалась интрамедуллярным характером кровотока, представленным двумя типами: двухфазный тип кровотока — без ретроградного положительного пика; монофазный — с отсутствием отдельных осцилляций ретроградного и антеградного пиков. При этом в гемангиоме оценивалась степень выраженности каждого из типов внутриопухольного кровотока: преобладание двухфазного кровотока установлено в 9% случаев, монофазного в 62%, равнозначное сочетание (смешанный тип кровотока) выявлено в 29% случаев.

Выявленные показатели: преимущественно периферический рост гемангиом (64,7%) и небольшие размеры — 10–20 мм (43,17%), поверхностное расположение с глубиной до 5 мм (55,7%) — свидетельствуют о наибольшей распространенности поверхностных ювенильных гемангиом малого диаметра и толщины.

Распространенность артериального интрамедуллярного кровотока (38%, совокупность двухфазного и смешанного кровотока) с достаточно высокими скоростными характеристиками указывает на необходимость тщательного подхода в выборе пациентов для оперативного лечения гемангиом, а также и самого метода удаления, который обеспечит высокую безопасность и эффективность лечения.

**При обследовании детей с осложнениями различных методов** лечения ювенильных гемангиом (48 детей в возрасте от 2 мес. до 4 лет) было установлено превалирование формирования патологических рубцов (рис. 1, 2), при удалении гемангиом углекислотным лазером и при склеротерапии — 58,3%, абсцедирование гемангиомы при склеротерапии отмечено в 6,25%, продолженный рост гемангиомы при

лечении Nd:YAG и КТР-лазерами составил 12,5% и повреждение органа (рис. 3) наблюдалось в 2% случаев.

Учитывая выявленные клинико-функциональные особенности ювенильных гемангиом и осложнения распространенных методов лечения, были сформулированы задачи лечения гемангиом и показания к оперативному удалению этих новообразований.

**Наиболее важной задачей терапии ювенильных гемангиом является профилактика развития осложнений и исключение развития перманентных косметических дефектов после регресса опухоли или осложнений вследствие лечения гемангиом.**

Для оперативного удаления гемангиом предложены определенные ограничения, которые позволяют выполнять вмешательство с высоким лечебным и эстетическим результатом: удаление выполняется только в случае поверхностных ювенильных гемангиом площадью не более 200 мм<sup>2</sup>, толщина которых не более 5 мм и глубина распространения ограничена поверхностными слоями дермы, гемодинамика которых представлена преимущественно монофазным типом кровотока.

**Выработка алгоритма оптимального радиоволнового лечения ЮГ.** В соответствии с выделенными задачами и учитывая предложенные ограничения, радиоволновое лечение проводили 32 детям с поверхностными ЮГ. Возраст больных варьировался от 1 года до 3 лет. Преобладали первично множественные гемангиомы (2-3) у 68,75%, локализация была на коже головы, туловище и конечностях, у 65,3% — поражение нескольких топографических областей.

Перед радиоволновым удалением ЮГ проводится тщательная обработка операционного поля раствором антисептика и его ограничение опера-



Рис. 1. Гипертрофический рубец после трех этапов удаления поверхностной гемангиомы углекислотным лазером.



Рис. 2. Обширный звездчатый рубец и продолженный рост гемангиомы после нескольких этапов удаления углекислотным лазером



Рис. 3. Мутиляция мочки уха после нескольких сеансов склеротерапии.

ционным бельем. Для аппликационной анестезии на поверхность образования и окружающую кожу до 1,0 см по периферии наносится крем, содержащий лидокаин и прилокаин 5%, после чего обработанная поверхность закрывается окклюзионной пленкой. *Аппликационная анестезия* выполняется за 40–60 минут до оперативного лечения и позволяет исключить субъективные ощущения, связанные с инъекцией анестетика и процедурой удаления.

*Удаление ЮГ методом радиоволновой хирургии* выполняется с помощью аппарата Surgitron в монополярном режиме, при этом манипуляция выполняется основным («рабочим») электродом, «пассивный» же устанавливается под тело пациента, причем непосредственный контакт с кожей необязателен. При удалении сосудистых опухолей кожи используются режимы «разрез и коагуляция», «коагуляция» и «фульгурация» (табл. 3).

Таблица 3

**Особенности режимов и воздействия при радиоволновом удалении сосудистых новообразований кожи**

Сосудистые образования	Виды электродов		Мощность		
	Петлевые	Шариковые	2–3	3–4	4–6
Разрез	-	+ / —	+	+	-
Разрез+ коагуляция	+	+	-	+	+
Коагуляция	-	+	-	+	+
Фульгурация	-	+	-	+	+

Режим «разрез и коагуляция» используется при наличии выраженной экзофитной части опухоли.

Для новообразований, незначительно возвышающихся над уровнем кожи, а также для гемостазиса используется режим «коагуляция», при выраженном капиллярном кровотечении целесообразно применять режим «фульгурация». Мощность воздействия выбирается индивидуально в зависимости от реакции и состояния тканей (не должно быть эффекта «залипания» и искрения электрода), и в большинстве случаев ее величина не должна превышать 30% от максимальной мощности аппарата.

В процессе наблюдения за течением раневого процесса оценивали наличие отека, гиперемии тканей по периферии, болезненность, сроки формирования корки и ее отхождения, присоединение вторичной инфекции и клиническую эффективность.

Отечность и болезненность у большинства больных (84,3%) проходили через трое суток, гиперемия через двое, корка начинала формироваться на 2-е сутки (90,6% больных); отхождение корки у 75% больных происходило на 12-е сутки, у 15,6% — на 14-е сутки, у 9,3% — на 16-е сутки. Присоединения вторичной инфекции не было.

Излечение после одного сеанса наступило у 65,6% больных, после 2-го сеанса у 28,2%, после 3-го сеанса у 6,2%. Сеансы лечения проводились с интервалом в 3–4 недели.

На месте удаления ЮГ отмечалась зона реэпителизации розово-красного цвета, которая меняла окраску до бледно-розовой и цвета неизменной кожи в течение 1–3 месяцев после удаления. При наблю-

дении за пациентами этой группы в течение одного-трех лет установлено их стойкое излечение.

**Обсуждение.** Высокий косметический послеоперационный эффект при соблюдении строгих показаний для оперативного удаления, отсутствие рецидивов и низкий процент продолженного роста (6,2% после второго сеанса удаления) позволяют рекомендовать высокочастотное радиоволновое удаление для лечения поверхностных ювенильных гемангиом кожи в повседневной практике дерматовенеролога и косметолога как малоинвазивный оперативный метод с высокой эффективностью воздействия, минимальным термическим повреждением здоровых тканей и, по сравнению с лазерными системами, низкой стоимостью оборудования [7, 8].

**Заключение.** Учитывая высокую распространенность и разнообразие клинических форм ЮГ, ранний детский возраст пациентов, необходимо критически оценивать эффективность, в т.ч. эстетический эффект и возможные осложнения при выборе метода лечения. При соблюдении строгих показаний для оперативного лечения высокочастотное радиоволновое удаление является наиболее предпочтительной методикой, которая обладает высокой клинической эффективностью и позволяет добиться хорошего косметического результата, при отсутствии осложнений в лечении ограниченных форм ЮГ.

**Конфликт интересов не заявляется**

### References (Литература)

- Dubenskij VV. New in the pathogenesis of juvenile hemangiomas. Modern problems of dermatology, immunology, cosmetology 2013; (3): 26–31. Russian (Дубенский В.В. Новое в патогенезе ювенильных гемангиом. Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии, косметологии 2013; (3): 26–31).
- Mulliken, JB, Fishman SJ, Burrows PE. Vascular anomalies. Curr Probl Surg 2000; 519 p.
- Leaute-Labreze C, Prey S, Ezzedine K. Infantile haemangioma. Part I: Pathophysiology, epidemiology, clinical features, life cycle and associated structural abnormalities. Journal of the European academy of dermatology and venereology 2011; 25 (11): 1245–1253.
- Hyoger PG. Pediatric Dermatology: Differential diagnosis and treatment of children and adolescents. M.: Izdatel'stvo Panfilova, 2013: 648 p. Russian (Хёгер П.Г. Детская дерматология: Дифференциальная диагностика и лечение у детей и подростков / пер. с нем. В.П. Адаскевича, под ред. А.А. Кубановой, А.Н. Львова. М., Издательство Панфилова. 2013; 648 с).
- Leaute-Labreze C, Prey S, Ezzedine K. Infantile haemangioma. Part II: Risks, complications and treatment. Journal of the European academy of dermatology and venereology 2011; 25 (11): 1254–1260.
- Dubenskij VV, Dubenskij VIV. Skin lesions in practice dermatologist. Epidemiology, etiology and pathogenesis, diagnosis. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2008; (6): 22–40. Russian (Дубенский В.В., Дубенский Вл.В. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога. Вопросы эпидемиологии, этиологии и патогенеза, диагностики. Вестник дерматологии и венерологии 2008; (6): 22–40).
- Dubenskij VV, Dubenskij VIV, Garmonov AA. Skin lesions in practice dermatologist: Questions of treatment. Vestnik dermatologii i venerologii 2009; (1): 22–40. Russian (Дубенский В.В., Дубенский Вл.В., Гармонов А.А. Новообразования кожи в практике дерматовенеролога: вопросы лечения. Вестник дерматологии и венерологии 2009; (1): 22–40).
- Barannik MI, Belyanina EO. Mistakes and complications in the use of various methods of removing benign skin tumors. Stacionarozameshchajushchie technology. Outpatient Surgery 2008; №2 (30): 9–27. Russian (Баранник М.И., Белянина Е.О. Ошибки и осложнения при использовании различных методов удаления доброкачественных новообразований кожи. Стационарозамещающие технологии. Амбулаторная хирургия 2008; 2 (30): 19–27).

9. Butov YS, Ahtyamov SN. Features electrosurgery in Dermatology. In: Dermatology: national leadership; ed. JK Skripkin, YS Butov, OL Ivanov. M.: GEHOTAR-Media, 2011; p. 222–231. Russian (Бутов Ю. С., Ахтямов С. Н. Возможности электрохирургии в дерматологии. В кн. Дерматовенерология: национальное руководство / под ред. Ю. К. Скрипкина,

Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; с. 222–231).

10. Medical technology “High-frequency radio-wave surgery 3.8–4.0 MHz” M.: Minzdravotspravitiya Russia, 2010; 20 p. Russian (Медицинская технология «Высокочастотная радиоволновая хирургия 3,8–4,0 МГц» М.: Минздравсоцразвития России, 2010; 20 с.).

УДК 616.5:331.54:316.628 (049.5) (045)

Краткое сообщение

## РОЛЬ МОТИВАЦИОННЫХ ФАКТОРОВ В ВЫБОРЕ ВРАЧАМИ-ИНТЕРНАМИ СПЕЦИАЛЬНОСТИ «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЯ»

**А. В. Филонова** — ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», клинический психолог; **С. Р. Утц** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующий кафедрой кожных и венерических болезней, профессор, доктор медицинских наук; **Д. А. Шнайдер** — ГУЗ «Саратовский областной кожно-венерологический диспансер», главный врач; **И. А. Игонина** — ГБОУ ВПО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, ассистент кафедры кожных и венерических болезней, кандидат медицинских наук.

## THE ROLE OF MOTIVATION FACTORS WHICH MAKE INTERNS CHOOSE SPECIALTY OF DERMATOVENEROLOGIST

**A. V. Filonova** — Saratov Regional Dermatovenerologic Dispensary, Clinical Psychologist; **S. R. Utz** — Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Head of Department of Skin and Venereal Diseases, Professor, Doctor of Medical Science; **D. A. Schneider** — Saratov Regional Dermatovenerologic Dispensary Head Physician; **I. A. Igonina** — Saratov state medical University n. a. V. I. Razumovsky of the Ministry of Health of Russia, Assistant of the Department of Skin and Venereal Diseases, Candidate of Medical Science.

Дата поступления — 29.08.2015 г.

Дата принятия в печать — 15.09.2015 г.

**Филонова А. В., Утц С. Р., Шнайдер Д. А., Игонина И. А.** Роль мотивационных факторов в выборе врачами-интернами специальности «Дерматовенерология». Саратовский научно-медицинский журнал 2015; 11 (3): 476–479.

**Цель:** проанализировать основные мотивационно-психологические факторы, влияющие на успешность процесса становления молодых врачей-интернов по специальности «Дерматовенерология». **Материал и методы.** В исследовании участвовали 49 человек врачей-интернов специальности «Дерматовенерология» (22 человека проходили обучение в 2013/14 г., 27 человек — в 2014/15 г.). Для диагностики использовались сокращенный многофакторный личностный опросник (СМОЛ), методика «якоря карьеры» диагностики ценностных ориентаций в карьере (Э. Шейн, перевод и адаптация В. А. Чикер, В. Э. Винокурова), «анкета молодого специалиста» разработана ГУЗ «СОКВД» **Результаты.** Большинство врачей-интернов выбрали специальность «Дерматовенерология» из-за перспективы личностного и профессионального роста, а также из-за возможности в дальнейшем работать в сфере косметологии. **Выводы.** Полученные результаты предоставляют возможность выбора кандидатов для дальнейшего трудоустройства, выявляют мотивационные особенности, способности молодых специалистов.

**Ключевые слова:** врачи-интерны, специальность «Дерматовенерология», мотивационные особенности

**Filonova AV, Utz SR, Schneider DA, Igonina IA.** The role of motivational factors which make interns choose specialty of dermatovenerologist. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2015; 11 (3): 476–479.

**Objective:** to analyze the main motivational and psychological factors influencing the success of the process of becoming a young medical interns in the specialty «Dermatovenerology». **Materials and methods.** The study involved 49 interns in the specialty «Dermatovenerology» (22 people studied in 2013–2014, 27 people — in 2014–2015). For the diagnosis it was used a Shortened multi-factor Personality inventory (RESINS), the technique of “career Anchors” diagnostic value orientations in karyes-re (E. Shane, translation and adaptation of V.A. Chiker, V.E. Vinokurov), «Survey of young specialists-sheet» developed by GUZ «SACVD» **Results:** A greater number of doctors interns of 2013 and 2014 and 2014–2015 chose the specialty «Dermatovenerology» because of the possibility to work in the field of cosmetology. **Conclusions.** These results provide the possibility of selecting candidates for future employment, identify motivate innovative features, the ability of young professionals.

**Key words:** medical interns in specialty «Dermatovenerology», motivational features.

**Введение.** Одним из важнейших аспектов профессионального развития личности, а также ее самореализации является сознательное планирование карьеры [1]. Ранее понятие «карьера» практически не использовалось. Чаще употреблялись такие термины, как профессиональный жизненный путь, профессиональная деятельность, профессиональное самоопределение [2]. Критериями удавшейся карье-

ры являются удовлетворенность жизненной ситуацией (субъективный критерий) и социальный успех (объективный критерий). То есть объективная, внешняя сторона карьеры — это последовательность закупаемых индивидом профессиональных позиций, а субъективная, внутренняя сторона — это восприятие человеком своей карьеры, образа профессиональной жизни и собственной роли в ней [3]. Важнейшей детерминантой профессионального пути человека является его представление о своей личности — так называемая профессиональная «Я-концепция», которую каждый человек воплощает в серию карьер-

**Ответственный автор** — Филонова Анастасия Владимировна  
Тел.: 8-919-839-4078,  
E-mail: anastasiabila@mail.ru