

В Тернопільській області сімейні лікарі за останні три роки виявили від 12,6 до 16,6 % осіб із хворобами шкіри та підшкірної основи, у Харківській — від 4,6 до 7,3 % хворих. У Чернівецькій області сімейні лікарі виявили від 18,9 до 24,4 % хворих на дерматози. Таким чином, рівень дерматовенерологічної практики сімейного лікаря дещо зріс, але ще не може задовольнити потреб населення.

Проаналізовано показники діяльності шкірно-венерологічних закладів за останні 20 років. Раніше на первинну ланку надання медичної допомоги не покладали обов'язків з виявлення шкірних захворювань та ІПСШ, тому нині немає індикаторів якості роботи лікарів загальної практики — сімейної медицини. Запропоновано доповнити якісні показники новими, які характеризують участь сімейних лікарів у виявленні дерматовенерологічних хвороб. Аналіз соціального статусу хворих, що лікуються в стаціонарах шкірно-венерологічного профілю, підтвердив, що значна частка пацієнтів (60–70 %) потребує соціального захисту з боку держави.

**Висновки.** Дерматовенерологічна служба має забезпечити належний рівень надання медичної допомоги в нових умовах меншими силами. Потрібно залучити до роботи сімейних лікарів. Важливо забезпечити хворих на тяжкі дерматози та ІПСШ соціальним захистом держави.

## Цикл тематичного удосконалення «інфекцій, що передаються статевим шляхом», у післядипломній освіті дерматовенерологів

В.Г. Чмут, О.Д. Александрук, В.Є. Ткач, О.П. Кухта

*Івано-Франківський національний медичний університет*

За останні десятиріччя різко зросла кількість хворих на ІПСШ, а їхня клінічна картина значно змінилася, що зумовило потребу в удосконаленні знань дерматовенерологів у процесі післядипломної освіти.

Очні цикли тематичного удосконалення «ІПСШ» на кафедрі дерматології та венерології Івано-Франківського національного медичного університету систематично проводять вже понад 10 років для всіх категорій лікарів-дерматовенерологів Західного регіону. Тривалість циклів становить 2 тиж (61 год). Для них було складено та відкориговано робочу навчальну програму, до якої входять мультимедійні лекції та відеофільми з найактуальніших проблем і новітні розробки у цій галузі, семінари з розбору клінічних випадків, інтерпретації сучасних лабораторних методів дослідження ІПСШ. На практичних заняттях у малих групах студенти відпрацьовують нові підходи до лікування і профілактики ІПСШ. При цьому слід брати до уваги зростання обсягу і ускладнення теоретичної інформації, новачі діагностичних і лікувальних технологій, фармацевтичного арсеналу й немедикаментозних впливів. Удосконалення практичних навичок відбувається під час самостійної роботи, шляхом участі у відкритих обходах професора і доцентів кафедри. Окрім цього, до ведення циклів залучають провідних фахівців обласного клінічного дерматовенерологічного диспансеру, організовано співпрацю з провідними медичними лабораторіями Івано-Франківська.

Таким чином, під час викладання курсу «ІПСШ» у процесі післядипломної освіти дерматовенерологів головну увагу потрібно надавати основним розділам теорії та практики венерології. Заняття повинні мати теоретичне обґрунтування й практичне спрямування для можливості подальшого застосування здобутих знань під час діагностики та лікування хворих із ІПСШ.

## Особливості псоріазу з ураженням кистей і стоп

О.І. Саріан<sup>1</sup>, Г.О. Лопандіна<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Харківська медична академія післядипломної освіти

<sup>2</sup>КЗОЗ «Харківський міський шкірно-венерологічний диспансер № 1»

**Актуальність.** Псоріаз посідає важливе місце серед соціально детермінованих захворювань, що зумовлено його поширенням, недостатнім з'ясуванням етіопатогенетичних чинників, хронічним рецидивним перебігом, негативним впливом на якість життя пацієнтів. Ураження долонь у разі поширених форм псоріазу спостерігаються часто, тоді як ізольоване ураження кистей і стоп (долонно-підшовний псоріаз), або ізольована псоріатична оніхопатія, — відносно рідко.

**Мета дослідження** — вивчити клінічні особливості псоріазу при ураженні шкіри кистей і стоп та можливість використання фототерапії.

**Матеріали та методи.** 40 пацієнтів із псоріазом віком 16–64 років розподілено на три групи: 1-ша — 18 (45 %) хворих з поширеною формою псоріазу (без ураження кистей і стоп), 2-га — 18 (45 %) хворих із псоріазом з ураженням кистей і стоп, 3-тя — 4 (10 %) пацієнти з ізольованим долонно-підшовним псоріазом. Оцінювали дані анамнезу, ураження нігтьових пластинок, суглобів, фототип шкіри за Фітцпатриком, PASI.

**Результати.** У пацієнтів 1-ї групи тривалість дебюту варіювала від 8 до 47 років, ураження суглобів діагностовано у 33 %, нігтів — у 50 %. Третина хворих мала обтяжений за псоріазом сімейний анамнез. PASI в серед-

ньому становив  $10,9 \pm 2,1$ . І фототип шкіри виявлено у 17,7 %, II — у 72,3 %, III — у 10 % хворих. У пацієнтів 2-ї групи дерматоз починався у віці від 15 до 63 років, ураження суглобів було у 50 %, нігтів — у 72 %. Обтяжений сімейний анамнез встановлено у 44 % пацієнтів. PASI становив  $19,6 \pm 3,5$ . І фототип шкіри визначено у 20,5 %, II — у 55,5 %, III — у 24 % пацієнтів. У 4 пацієнтів з долонно-підшовним псоріазом захворювання дебютувало у віці 22–46 років, ураження суглобів виявлено у 1 пацієнта, нігтьових пластинок — у 3. Спадковість обтяжена у 2 осіб. PASI становив  $3,7 \pm 0,8$ . У пацієнтів були II і III фототипи шкіри.

**Висновки.** Пацієнти з псоріазом та ураженням кистей і стоп частіше мали псоріатичний артрит, псоріатичну оніхопатію, обтяжений сімейний анамнез і високий PASI. При цьому у 20,5 і 50,5 % хворих були I і II фототипи шкіри, що обмежувало можливість застосування фототерапії.

## Стан адаптаційних механізмів у хворих на поширений псоріаз

Е.М. Солошенко, Н.В. Жукова, О.М. Стулій, З.М. Шевченко, Т.П. Ярмак

*ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», Харків*

**Актуальність.** Невідповідність між умовами навколишнього середовища, що постійно змінюються, і фізіологічними можливостями організму призводить до порушення процесів адаптації і розвитку дезадаптації. Залежно від інтенсивності і тривалості дії чинників, що провокують, результатом таких порушень може бути оздоровлення або розвиток захворювання, зокрема хронічного дерматозу, такого як псоріаз.

**Мета дослідження** — вивчити стан адаптації у хворих на поширений псоріаз залежно від стадії процесу, клінічних виявів та сезонності перебігу.

**Матеріали та методи.** Під спостереженням перебували 222 хворих на поширений псоріаз. Група контролю — 15 практично здорових осіб. Тип адаптаційної реакції визначали за вмістом сегментоядерних нейтрофілів і лімфоцитів, їхнім співвідношенням у лейкоцитарній формулі (індекс за Гаркаві). Індекс за Гаркаві як рівень адаптаційної напруги організму у здорових осіб мав такі градації: а) зона тренування — 0,32–0,51; б) зона спокійної активізації — 0,52 — 0,71; в) зона підвищення активізації > 0,71; г) стрес < 32.

**Результати.** Порушення стану адаптації реєстрували у 47,5 % хворих на поширений псоріаз, серед яких 43,8 % обстежених перебували в стадії прогресу, а 3,7 % — в стаціонарній. Серед типів адаптаційної реакції, який свідчив про порушення адаптаційних механізмів, у 15,9 % хворих зі стадією прогресування зауважено зону підвищеної активності, у 9,3 % — переактивізації, у 11,2 % — гострого та 7,4 % хронічного стресу. Хворі зі стаціонарною стадією, в яких була порушена адаптація, перебували переважно в зоні хронічного стресу (1,9 %), а також — підвищеної активності (0,9 %) і гострого стресу (0,9 %). Решта хворих з прогресуючою стадією без порушення стану адаптації перебували в зонах тренування (27,1 %) і спокійної активності (18,9 %). Щодо хворих зі стаціонарною стадією, в яких стан адаптації зареєстровано в межах норми, то вони перебували переважно в зонах тренування (2,8 %) і спокійної активності (1,9 %).

Аналіз результатів за типами адаптаційної реакції залежно від клінічних виявів захворювання свідчив, що стан адаптації найчастіше порушувався у хворих з бляшковим (31,7 %) та великобляшковим (11,6 %) псоріазом, а також із бляшковим псоріазом, асоційованим із псоріатичною артропатією (5,8 %). При цьому найбільше хворих перебувало в зонах підвищеної активності (16,3 %), гострого (12,5 %) та хронічного (9,6 %) стресу. Залежно від сезонності розвитку клінічних виявів встановлено, що порушення стану адаптації виявляли переважно у хворих із втратою сезонності (34,9 %) і з зимовим типом розвитку псоріазу (10,3 %).

**Висновки.** Встановлено порушення стану адаптації у 47,5 % хворих на поширений псоріаз, серед яких 43,8 % перебували в стадії прогресування, а 3,7 % — у стаціонарній. За типами адаптаційних реакцій, які свідчили про порушення адаптаційних механізмів, хворі на псоріаз у стадії прогресування перебували переважно в зонах переактивізації (9,3 %), гострого (11,2 %) та хронічного (7,4 %) стресу. Порушення стану адаптації виявлено переважно у хворих на бляшковий (31,7 %) і великобляшковий (11,6 %) псоріаз, а також на бляшковий псоріаз, асоційований із псоріатичною артропатією (5,8 %). Залежно від сезонності розвитку псоріазу порушення стану адаптації виявлено у хворих із втратою сезонності (34,9 %) та зимовим типом (10,3 %).

## Особенности мотивационной структуры личности больных артропатическим псориазом

А.Е. Федоренко, В.В. Гилюк

*Національний медичний університет імені А.А. Богомольця, Київ*

**Актуальность.** Изменения личности и ее мотивационной составляющей при хронических соматических заболеваниях относятся к наиболее часто наблюдаемым и ярко выраженным изменениям психики больных. Эти проявления возникают и при самых разных дерматовенерологических заболеваниях с хроническим течением. Ситуация развития такого тяжелого хронического заболевания как артропатический псориаз рассматривает-