

# НЕМНОГО О ПРОЙДЕННОМ ПУТИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБОЙ ЗА ПОСЛЕДНИЕ 20 ЛЕТ НЕЗАВИСИМОСТИ И НЕКОТОРЫЕ СООБРАЖЕНИЯ О БУДУЩЕМ

**В.Н. Волкославская**

*ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины»*

**Глубокоуважаемые коллеги!**

Наш журнал открыт для дискуссий. Мы живем в эру перемен. Хочется подвести некоторые итоги организационных усилий ученых, работников МЗ Украины, главных специалистов областного уровня за последние 20 лет.

Статья Радионова В.Г. посвящена актуальному вопросу реорганизации дерматовенерологической службы, однако в статье очень мало дельных предложений по реорганизации таковой. Больше эмоциональных всплесков. Начну с того, что у меня вызвало неприятие и даже возмущение. Дерматовенерологическая служба, в основе которой лежит диспансерный метод, как ни одна другая всегда была строго регламентирована. Лечение больных ИППП осуществлялось во все времена по Инструкциям, в составлении которых коллегиально участвовали видные ученые Советского Союза и Украины. Поэтому в 1991 г., после приобретения Украиной независимости, служба не распалась и работала довольно четко. Был издан Приказ МЗ Украины № 207 от 30.12.1992 г. «Про організацію дерматовенерологічної допомоги населенню України», в котором были представлены инструкции по диагностике и лечению сифилиса (все формы), в том числе и поздних форм сифилиса; приведены положения об областном, городском, районном КВД; о кабинете анонимного лечения и обследования больных кожными и венерическими болезнями. Приводился перечень обязательного оборудования КВД и т.д., дан перечень кожных и венерических заболеваний, лечение которых рекомендуется проводить в условиях дневного посещения больных и т.д. Лабораторную диагностику сифилиса осуществляли согласно приказа МЗ Украины № 204 от 29.12.1992 г. «Про організацію лабораторної

діагностики сифілісу в Україні», а также приказа № 21 от 30.01.1997 г. «Про внесення змін...». В 1998 г. был издан приказ МЗ Украины № 92, в котором утверждался План мероприятий по обеспечению выполнения Постановления Кабинета Министров Украины от 23.03.98 г. № 357 «Про комплексні заходи для запобігання розповсюдженню хвороб, що передаються статевим шляхом». План обязывал МЗ и областные госадминистрации Украины создать Межведомственный координационный совет по борьбе с распространением ИППП на уровне Украины и областей, предполагал разработку высокочувствительных тест-систем, подготовку кадров и т.д. Можно написать о приказах целую сагу. Мы должны быть благодарны таким ученым как профессор Коляденко В.Г., профессор Мавров И.И., профессор Глухенький Б.Т., профессор Калюжная Л.Д., руководителям областного звена Рыжко П.П., Хара А.И., Каденко О.А. и многим многим другим ученым и практикам Украины за создание самих приказов, за реализацию их на местах.

Жизнь требовала усовершенствования методов диагностики ИППП и было создано в 2000 г. пособие «Унификация лабораторных методов исследования в диагностике болезней, передающихся половым путем», под редакцией профессора Мавров И.И., широко внедрявшееся в стране.

Во втором десятилетии нашей независимости начиная с 2000 г. ученые Украины и ведущие областные внештатные специалисты дерматовенерологи постоянно обменивались накопленным опытом в диагностике, лечении и профилактике тяжелых дерматозов и ИППП. Использовали опыт изложенный в Европейском пособии по лечению

заболеваний, передающихся половым путем (2001 г.).

Накопленный опыт позволил прийти к заключению, что лечение бензатинбензилпенициллином хорошо зарекомендовало себя у больных первичным, вторичным свежим сифилисом, в то время как лечение больных вторичным сифилисом с давностью инфекции более 6 месяцев и ранним скрытым сифилисом часто было неэффективно. Поэтому ученые искали лучшие методы терапии, широко обменивались опытом. Накапливается опыт лечения новорожденных, больных ранним врожденным сифилисом (манифестным или скрытым), бензилпенициллина натриевой солью. Идут поиски альтернативных методов лечения антибиотиками, обладающими противотрепанемной активностью: тетрациклин, доксициклин, эритромицин, кларитромицин, цефтриаксон, ампициллин, оксациллин. В рамках программы Establishment of a network for aspects of Sexual and Reproductive Health and Rights in Countries of Central and Eastern Europe в 2007 г. были разработаны «Протоколы лабораторной диагностики инфекций, вызванных *Neisseria gonorrhoeae*» и в 2008 году разработаны методические рекомендации «Протоколы лабораторной диагностики сифилису в странах восточной Европы», в разработке которых участвовали представители ряда стран Европы: Украина, Российская Федерация, Эстония, Венгрия, Великобритания, Швеция и США.

В ГУ «Институт дерматологии и венерологии АМНУ» было проведено ряд научно-исследовательских работ по изучению уровня заболеваемости дерматозами и ИППП в регионах Украины, изучению влияния экологических факторов, в том числе последствий аварии на ЧАЭС, дерматовенерологических аспектов эпидемии ВИЧ/СПИДА, диспансеризации больных тяжелыми дерматозами и др. Все эти работы выполнялись в тесном содружестве с областными кожно-венерологическими диспансерами и кафедрами дерматовенерологии Украины и были широко представлены в научной печати.

Несколько слов о стандартах и протоколах. Стандарты диагностики и лечения инфекций, передающихся половым путем и заболеваний кожи были утверждены приказом МЗ Украины № 286 от 07.06.2004 г. Форму стандартов разработал и утвердил Украинский институт общественного здоровья. Всего утверждены стандарты на 20 нозологических форм ИППП и 51 форму дерматозов.

В стране сейчас действуют Протоколы оказания медицинской помощи больным дерматозами и ИППП (приказ № 312 от 08.05.2009 г.). При составлении последних учитывался опыт европейских коллег, Российских и Американских ученых. Утверждение протоколов и стандартов длительный процесс и большая заслуга принадлежит не только авторам, но и республиканским дерматовенерологам: профессору Калужной Л.Д., профессору Андрашко Ю.В., к.м.н. Деревянко Л.А., профессору Степаненко В.И. Известно, что протоколы и стандарты должны обновляться хотя бы один раз в 3-5 лет. В соответствии с приказом МОЗ Украины завершается работа по созданию Guidelines по профилактике, диагностике и лечению акне, псориаза и атопического дерматита. Пусть каждая профильная кафедра накапливает соответствующий опыт на достаточной группе больных и ее опыт обязательно учтут.

Ваше беспокойство о раннем выявлении больных лимфомами понятен. Мы также придерживаемся точки зрения, что повышение уровня диагностической работы, в том числе с максимальным использованием морфологических и иммуноморфологических методов исследования, внедрение молекулярно-генетических методов диагностики ранних стадий злокачественных лимфом кожи (ЗЛК) и оптимизация терапии ЗЛК на ранних стадиях развития заболевания возможно в учреждениях дерматовенерологического профиля с использованием всего спектра фармакологических и физиотерапевтических методов. Однако в институтах последипломного образования должны действовать тематические программы по вопросам диагностики, лечения и диспансерного наблюдения больных ЗЛК. На этих циклах должны быть четко расписаны методы терапии 1, 2 стадии ЗЛК и уж конечно врачи должны знать, что более тяжелые стадии заболевания подлежат лечению в онкодиспансерах. Сейчас у многих дерматовенерологов возрос интерес к оперативному лечению доброкачественных опухолей кожи и невусов, а также предраковых и злокачественных опухолей. Полагаю, что эти врачи должны получить сертификаты хирурга и только потом браться за серьезные операции.

В Украине действуют медико-генетические центры и консультации в городах: Винница, Донецк, Днепропетровск, Житомир, Запорожье, Ивано-Франковск, Киев, Кривой Рог, АР Крым, Луцк, Львов, Николаев, Одесса, Полтава, Ровно, Сумы, Тернополь, Харьков. Потому больных с наследственными заболеваниями следует обследовать в этих учреждениях и это облегчит диагно-

стику, наблюдение, лечение пациентов. Думаю, что в г. Луганське также нужно открыть медико-генетический центр.

На последнем совещании дерматовенерологических служб СНГ (6 июня 2011 г., г. Санкт-Петербург) мы еще раз убедились, что страны с переходной экономикой по-прежнему сохранили диспансеры. В Российской Федерации декларируются «равные условия для всех россиян, качество медицинской помощи и безопасность». Активно работает 219 диспансеров, 3189 отделений и кабинетов, 3 НИИ. Обслуживание больных осуществляет более 15000 коек. В стране работает более 40 специализированных подростковых центров. Государство, в рамках Федеральной целевой программы, выделило большие средства на оборудование таких центров, и они играют значительную роль в снижении заболеваемости и воспитании молодежи. У руководителей государства не вызывает сомнения, что дерматовенерологические заболевания социально значимы, и потому эти заболевания вошли в несколько Государственных целевых программ, благодаря которым регионы РФ получают солидные субсидии на дерматовенерологические учреждения. Врачи проходят обязательную аккредитацию, но ликвидировано лицензирование.

В богатом нефтью Азербайджане 70% дерматовенерологических учреждений – государственные. То же в Казахстане, Узбекистане и др.

#### *Как я вижу наши ближайшие задачи*

1. Мы должны добиться создания Государственных целевых программ, в которых будет предусмотрено переоснащение дерматовенерологических учреждений и крупных центров.

2. Создание новых Guidelines, протоколов и стандартов требует чтобы каждая кафедра накапливала свой клинический опыт на достаточном уровне доказательности

3. При принятии судьбоносных для населения решений руководители Кабинета Министров, МЗ Украины должны учитывать низкую социальную защищенность подавляющей части населения Украины. Лечение хотя бы одного члена семьи ложится на бюджет семьи тяжелым бременем из-за высокой стоимости лекарств, услуг.

4. Руководители государственных учреждений должны нести серьезную ответственность за целевое использование бюджетных средств, повышать реально, а не формально свои знания по управлению и организации здравоохранения. Важная роль принадлежит планированию, противоэпидемической работе, контролю за ходом выполнения планов, выбору лучших качественных показателей.

5. Прежде всего ученые и руководители кожно-венерологической службы на местах должны уважать тяжелый труд друг друга, уважать опыт своей страны и помнить, что «ломать – не строить».

---

### **РЕПЛИКА ПО ПОВОДУ ПУБЛИКАЦИИ В.Г. РАДИОНОВА «ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКАЯ СЛУЖБА СЕГОДНЯ. А ЗАВТРА?» В МАТЕРИАЛАХ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКОЙ КОНФЕРЕНЦИИ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГОВ И КОСМЕТОЛОГОВ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ «НОВЫЕ ИННОВАЦИОННЫЕ ПРОГРАММЫ В ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИИ И КОСМЕТОЛОГИИ» (04.04.11, Г. ХАРЬКОВ)**

(Дерматологія та венерологія, 2011, № 2 (52), с. 219-220)

**Я.Ф. Кутасевич**

Трудно не согласиться с автором публикации по поводу того, что дерматологическая служба многие годы нуждается в реформировании. Но несколько странно, что по этому поводу сетует человек, который практически весь этот период был в числе руководителей: и членом Президиума Ассоциации дерматологов, венерологов и косметологов, и совмещал должности руководителей кафедры и диспансера. Казалось бы, вот и карты в руки, а затем положительный пример реформирования можно было бы распространить на всю страну.

Что касается стандартов лечения, то это чрезвычайно большая, кропотливая и ответственная работа, в чем все мы, в том числе и автор публикации, смогли убедиться, будучи членами рабочей группы по подготовке первого этапа разработки стандартов – написания «Настанов...» по диагностике и лечению атопического дерматита, угревой болезни, псориаза. Дело в том, что эти документы не просто демонстрация знакомства с современным состоянием вопроса, не обзор литературы, а руководство к действию, причем в случае стандартов это действие должно быть

гарантировано для каждого больного, в том числе и с материальной точки зрения. Стандарты должны неукоснительно исполняться и соответственно должны быть обеспечены всеми условиями для их выполнения. Сегодня эта работа проводится в первую очередь по тем нозологическим формам, которые были признаны экспертами наиболее актуальными. В дальнейшем, я думаю, речь будет идти о таких алергодерматозах, как дерматиты, экзема и др.

Что же касается стандартов, о которых идет речь в публикациях, то они готовились много лет назад в соответствии с требованиями Украинского института общественного здоровья на тот период времени, затем долго согласовывались меняющимися специалистами МОЗ и сегодня даже по форме не могут соответствовать времени. Несомненно следует эту работу проводить, она нужна не только пациенту и практическому врачу, а без стандартов совершенно невозможно введение страховой медицины. Сегодня наши эксперты уже знакомы с требованиями к этой работе. Неплохо было бы, если бы они еще не называли лимфомы кожи ретикулезами (термином более чем 30-летней давности). Причем, в данном случае, не только «игра» терминов, а изменение представления о сути заболевания. И при всем уважении к памяти наших корифеев, хотелось бы пользоваться и более свежими данными. Тогда было бы понятно, что многие лимфомы кожи (за небольшим исключением, например, по любимой автором публикации терминологии, «ретикулосаркоматоза»), относятся к лимфомам с низкой степенью злокачественности и по мнению зарубежных авторов, в частности, Скандинавского центра по лечению грибковидного микоза и наших скромных наблюдений, рано начатая интенсивная полихимиотерапия, применяемая обычно для лечения лейкозов и нодальных лимфом, дает результаты хуже, чем проведение менее интенсивных курсов лечения с использованием цитостатиков, не вызывающих резкого угнетения лейкопоза (проспидин, винкристин, винбластин и др.). Это связано с тем, что указанная терапия в силу значительного числа осложнений, в том числе быстро развивающейся лейкопении, быстрого распада больших по объему опухолевых элементов, что вызывает значительную интоксикацию, создает обширные ворота для вторичной инфекции и развития сепсиса, и др.

Поскольку мы в повседневной практике сталкиваемся в основном с лечением наиболее тяжелых больных, я думаю, что нам позволено высказать свое мнение, даже если оно не вызовет

восторга у автора статьи (не нужно «восторгов», а нужны дела, желательно полезные) по поводу того, где должны лечиться больные с лимфомами кожи. Лимфома кожи не должна лечиться любым врачом дерматовенерологической сети, у него для этого нет ни условий, ни соответствующей подготовки. Я думаю, что у нас, так же как в Европе и США, должны быть центры по лечению лимфом, где будет концентрироваться, к счастью, не очень большое количество больных лимфомами кожи. В этих центрах должен быть обеспечен весь спектр диагностических приемов (томография, исследование стерильной пункции, гистологическое исследование кожи и лимфоузлов, включающее типирование клеток и др.), что позволит определить объем и сроки проведения необходимого лечения. Лечение больных (имеется ввиду химиотерапия, лучевая терапия) должны проводиться при пребывании таких больных в боксированных палатах, а не в общих палатах с дерматологическими больными, имеющими соответствующую обсемененность кожи, даже в случае отсутствия нарушения ее целостности. И тогда будут лучшие результаты и будут «восторги» от них, а не от приказов. В то же время, несомненно велика роль дерматологов в диагностике лимфом кожи, которые на ранних этапах имеют сходство с целым рядом дерматозов. Не случайно для эритематозно-инфильтративной стадии грибковидного микоза (Т-клеточные лимфомы кожи) выделяют такие клинические форма как: экзематоидная, псориазиформная и папасориазиформная. При этом существуют клинические признаки (интенсивный некупирующийся зуд, своеобразная, с кирпичным оттенком, неравномерной интенсивности окраска очагов поражения, неравномерная инфильтрация этих очагов, резистентность к терапии, данные семейного анамнеза и др.), которые позволяют заподозрить лимфому кожи и соответствующим образом обследовать больного. Вероятно, все это требует соответствующих методических изданий для дерматологов. Издание подобных материалов, конечно, задача как научных коллективов, так и организаторов здравоохранения.

В заключение, не хочется в стиле обсуждаемой статьи, спрашивать: «А судьи кто?». Хочется, чтобы у нас были настоящие, приносящие пользу больным и удовлетворение от работы медперсоналу, реформы. Но для этого, мне кажется, нужно начинать, прежде всего, с себя. Каждый должен ответить за свой личный вклад в эти реформы. А призывов и деклараций уже было достаточно.