
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.