

Матеріали та методи

Під наглядом перебували 110 хворих, які були розподілені на три групи. I група (порівняння – 20 чоловік) – без маласезіозу, які отримували традиційну терапію. II група (20 чоловік) – з маласезіозом, але була пролікована традиційною терапією. До III групи увійшли 70 хворих з маласезіозом шкіри, які отримували запропоновану нами терапію. Вони були розподілені на дві підгрупи. До першої входили 45 хворих на бляшковий псоріаз, до другої – 25 хворих з більш тяжкими проявами дерматозів. Використовувались загальноклінічна, імунологічна, мікроскопічна, культуральна методики.

Традиційна терапія була наступною: глюконат кальцію, есенціал форте, аскорбінова кислота, валеріана, молескін С – мазь, зовнішньо. Перша група отримувала додатково до традиційної терапії ітраконазол – 1 цикл пульс-терапії, реосорбілакт – 200,0 мл, внутрішньовенно крапельно, 5 дб; атаракс – 1 таблетка на ніч, 2 тиж; тіотріазолін – 200 мг, тричі на добу, 1 міс; зовнішньо – сульфенова паста за схемою і бетаметазон.

Хворі другої групи – ітраконазол по 1 капсулі двічі на добу, 15 дб, надалі – 2 цикли пульс-терапії; реамберін – внутрішньовенно крапельно, 400,0 мл, 1 тиж; міасер – 10 мг, на ніч, 1 міс; зовнішньо – сульфенова паста і бетасалік. Оцінка ефективності розробленої диференційованої комплексної терапії проводилась шляхом порівняльного аналізу клініко-лабораторних даних, отриманих в результаті лікування.

Результати

Початок регресу висипу, зменшення явищ гіперемії, лущення та зуду в першій групі відзначався на 8-му–11-ту добу, у другій – на 12–15-ту. І до 20–24-го дня у 16 хворих цих підгруп – повний регрес висипу, 29 – значне покращення, 20 – покращення, 5 – без ефекту. З 40 хворих, які лікувались за загальноприйнятою методикою, у 7 хворих з мікозом і 3 – без маласезіозу спостерігалось посилення гіперемії та свербежу. Стабілізація проявів дерматозів у перші 12 днів лікування відзначена лише у 18 пацієнтів. Все це є переконливим доказом обґрунтованості і більш високої ефективності запропонованого нами диференційованого методу лікування хворих з такою поєднаною патологією.

УДК 616/614.21

Некоторые стороны деятельности дерматовенерологических учреждений Украины за период 2000–2016 гг.

В.Н. Волкославская

ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины», г. Харьков

В связи с реорганизацией медицинского обслуживания населения Украины мониторинг деятельности дерматовенерологических учреждений является актуальным. Проведен анализ «Показателей деятельности лечебно-профилактической помощи больными кожными и венерическими болезнями Министерства здравоохранения Украины» за 17 лет (2000–2016), учитывали иные источники литературы, располагающие сведениями о состоянии демографической ситуации в Украине, состоянии здоровья населения, а также данные некоторых научно-исследовательских работ.

За эти годы количество кожно-венерологических диспансеров сократилось в 3,1 раза – до 55,0 (0,67 на 10 000 населения); число коек – с 8 937,0 до 2 843,0 (с 1,82 до 0,67 на 10 000 населения); число детских коек – с 1 070,0 до 524,0 (с 1,21 до 0,81 на 10 000 детей). В 8 областях Украины имеется всего от 3 до 5 детских коек. Число кабинетов уменьшилось незначительно – с 867,0 до 790,0. Обеспеченность населения Украины врачами-дерматовенерологами в 2016 г. была 0,66 на 10 000 населения. Среднее число дней работы койки в 2016 г. в Украине составляло 309,5, средняя длительность пребывания больного на койке – 15,01 дня. Таким образом, мы должны оказывать качественную медицинскую помощь при значительно уменьшенном количестве медицинских учреждений и коек.

На протяжении многих лет болезни кожи и подкожной клетчатки занимали в структуре заболеваемости населения Украины от 3,0 до 6,9 % и составляли: в 2000 г. – 4036,1, 2010 г. – 4195,4, 2014 г. – 3659,6, 2016 г. – 3674,9 на 100 000 населения. Заболеваемость детей в 2000 г. – 6761,6, а в 2016 г. – 6476,1 на 100 000 детского населения. Заболеваемость инфекциями кожи составляла значительную долю: от 36,1 % в 2000 г. до 30,0 % в 2016 г., что свидетельствует о значимости этой проблемы. Заболеваемость контактным дерматитом в 2000 г. составляла 15,7 %, а к 2016 г. возросла до 18,4 %. Распространенность атопического дерматита возросла с 160,1 в 2000 г. до 208,1 на 100 000 населения в 2016 г., что связано с экологическими и социальными условиями в стране, увеличением антигенной нагрузки на организм человека.

Распространенность псориаза возросла за эти годы на 40 %, а его удельный вес возрос с 3,0 до 5,5 % среди всех дерматозов. Среди хронических дерматозов с тяжелым течением возрастает доля и красного плоского лишая: с 1,5 до 4 % по данным различных авторов. Течение хронических дерматозов – псориаза, красного плоского лишая, атопического дерматита – у значительной части больных стало более тяжелым. Заболеваемость микозами находится на высоком уровне. Улучшились методы терапии онихомикозов. Заболеваемость дерматофитозами возросла с 28,4 в 2000 г. до 45,7 на 100 000 населения в 2016 г. Негативную роль сыграло бездумное сокращение коечного фонда в детских специализированных больницах. Рак кожи занимал в 2015 г. третье место среди всех новообразований (10,4 %) и второе место у женского населения Украины (13,1 %).

Обследование, лечение больных всегда проводится в соответствии с клиническими протоколами, которые своевременно обновлялись. В последние годы вышли новые протоколы по псориазу, атопическому дерматиту, угревой болезни, буллезному эпидермолизу, сифилису. Подготовлены и направлены в МОЗ Украины протоколы по пузырьчатке, трихомикозам.

Недавнее научное исследование нашего института позволило определить состояние клинко-диагностических лабораторий в областях Украины, основные их потребности. Отмечено, что в областях сворачиваются бактериологические исследования на грибковые заболевания. Используют микробиологические исследования, ПЦР, РПГА. В южных областях Украины (Херсонская область), имеющих значительные природные ресурсы – минеральные воды, пелоиды, озокерит, бишофит, ропу лиманов и озер, морскую воду и прекрасные климатические условия, – открывают реабилитационные отделения, где проводят бальнеолечение, водолечение. Проводили исследование в областях Украины по возможности привлечения семейных врачей к выявлению заразных кожных и венерических болезней, диспансерному наблюдению за больными дерматозами среди жителей сел и городов. Пришли к выводу, что роль врачей этой профессии пока незначительная.

Составлены Предложения по возможному участию ГУ «Институт дерматологии и венерологии НАМН Украины» в Третьей программе Европейской Комиссии по охране здоровья. При планировании источников финансирования охраны здоровья необходимо ориентироваться на источники, принятые в ЕС, где основными являются (средние значения): выплаты из общественных фондов – 73,1 % (налоги – 34,5 %, социальное страхование – 38,5 %), частное страхование – 3,9 %, прямые платежи – 21,8 %, прочие – 1,4 %. Эти цифры в разных странах ЕС колеблются.