

В.Г. Кравченко¹, К.Є. Іщейкін¹, В.І. Степаненко², Я.О. Ємченко¹,
І.Б. Попова¹, А.В. Кравченко¹

¹Українська медична стоматологічна академія, Полтава

²Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ

Координація інтегративних відносин дерматовенерологічної галузі з первинною ланкою на етапі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я

Мета роботи — визначення об'ємів і алгоритму співпраці лікарів-дерматовенерологів та лікарів сімейної медицини по наданню лікарських послуг при хворобах шкіри та інфекціях, що передаються статевим шляхом (ПСПШ).

Матеріали та методи. Аналіз динаміки захворюваності на шкірні та венеричні хвороби в Україні та віртуальне створення епідеміологічної ситуації за умови відсутності інтегративних стосунків між окремими службами охорони здоров'я.

Результати та обговорення. Запропоновано алгоритм, об'єм і раціональні підходи до надання послуг пацієнтам на первинному і спеціалізованому рівні. Діагностика і лікування хворих на тяжкі і інфекційні дерматози, як і ПСПШ, повинні проводитись на спеціалізованому рівні. Перманентне спостереження за пацієнтами з хронічно-рецидивуючими і поширеними дерматозами в міжрецидивні періоди здійснюється лікарями сімейної медицини.

Висновки. Надання медичних послуг пацієнтам дерматовенерологічного профілю повинне здійснюватись зі збереженням і використанням значного позитивного вітчизняного досвіду галузі. Практичне нехтування добре організованою дерматовенерологічною службою може виявитись фатальною помилкою керівництва охорони здоров'я. Механічне перенесення європейського досвіду діяльності їхніх працівників первинної ланки, так званих «воротарів» медицини, на наш соціально-економічний ґрунт та специфічні умови кадрового і матеріального забезпечення може стати зовсім не виправданим. Результативність надання медичних послуг пацієнтам дерматовенерологічного профілю на сучасному етапі значною мірою буде залежати від чітко узгоджених дій первинної і спеціалізованої ланок. Необхідна попередньо добре спланована і впроваджена якісна підготовка лікарів первинної ланки. Запропонований алгоритм, інтегрований об'єм і раціональні підходи спроможні стати запорукою в успішній боротьбі з дерматовенерологічними проблемами. Напрацювання ефективної співпраці первинної і спеціалізованої дерматовенерологічної ланок може послужити матеріалом для узагальнення передового досвіду у вигляді настанов або медичних рекомендацій для подальшого успішного його впровадження.

Ключові слова

Дерматози, захворюваність, інфекції, інфекції, що передаються статевим шляхом, сімейна медицина.

Відповідно до реалізації Закону України «Про реформування охорони здоров'я» з 1.04.20 р. започатковано програму медичних гарантій з наданням медичної допомоги на всіх рівнях організації. За Концепцією МОЗ це дасть змогу розвивати конкуренцію серед медичних закладів і боротися за пацієнта з урахуванням головного принципу — «гроші ходять за пацієнтом». Цим позначено намагання покращити якість надання медичних послуг і збільшити кількість людей, які

звертаються до закладів первинного рівня сімейної медицини. За твердженням очільників МОЗ України, в цивілізованих країнах 80% громадян з проблемами зі здоров'ям приходять до сімейних лікарів і лише 20% — до спеціалістів вузького профілю, тоді як у нас ситуація розвивається навпаки: до сімейних лікарів звертаються лише 25% пацієнтів, а решта 75% — одразу на рівень спеціалізованої допомоги. На цьому етапі постають надзвичайно важливі питання щодо коорди-

нації і максимально виваженої інтеграції функціональних обов'язків лікарів первинної ланки у наданні медичних послуг населенню, зокрема при шкірно-венерологічній патології. Визначено оптимальний об'єм і розроблено алгоритм співпраці між спеціалістами первинної ланки і дерматовенерологічних закладів. На нашу думку, це не тільки сприятиме раціональному використанню кадрових і фінансових ресурсів, а й дасть змогу максимально наблизитися до найбільш кваліфікованого обслуговування пацієнтів.

Дерматовенерологія є соціально значущою дисципліною, що визначає її важливу роль у загальній системі охорони здоров'я. Нозологічний масив шкірно-венеричних хвороб (більше 1000) і їхні патогенетичні особливості зумовлюють актуальність тісної співпраці дерматовенерологів зі спеціалістами різних медичних галузей. Знання зазначених хвороб, особливо соціально небезпечних, видається для практикуючого лікаря цілком безумовним. Сьогодні неможливо уявити освіченого лікаря, який би не володів хоча б основними відомостями про хвороби шкіри та інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ). Ідентифікація шкірних виявів інфекційних хвороб (кір, скарлатина, бешиха, тиф, туберкульоз тощо), як і сифілісу, необхідна навіть з точки зору цілеспрямованого скерування пацієнтів до професіоналів дерматовенерологічної, фтізіатричної чи інфекційної галузі. Без знань виявів на шкірі, подібних при цих хворобах, існує ризик великої шкоди не тільки для окремого індивіда, а й для створення непередбачуваної епідеміологічної ситуації. Отже, необхідність як найшвидшої діагностики заразних хвороб шкіри і ІПСШ належить до надважливих завдань практикуючого лікаря первинної медичної ланки.

Обговорення епідеміологічної ситуації

Епідеміологічна ситуація щодо інфекційних хвороб шкіри та ІПСШ на сучасному етапі характеризується перманентними спалахами у різних регіонах країни і світу, потребуючи постійної уваги органів охорони здоров'я і проведення систематичних регламентованих проти-епідемічних заходів. Відомі в нашій країні епідемії сифілісу, корости, дерматомікозів, вошивості та інших заразних шкірних хвороб більш ніж переконливо свідчать про необхідність запобігання зростанню їхньої частоти. Рівень захворюваності на дерматози і ІПСШ, а це близько 1/10 від усіх існуючих нозологій, наявних у медицині, є одним із важливих показників здоров'я населення у будь-якому суспільстві. Дерматовенерологічна патологія становить 4,3% захворювань і проблем, пов'язаних зі станом здоров'я насе-

лення нашої країни, а 80% усіх соціально небезпечних захворювань належать до дерматовенерологічної галузі [11]. Спеціалізованій дерматовенерологічній службі, незважаючи на її недостатнє фінансування останніми роками, вдається стримувати поширення гострозаразних, паразитарних, хронічно рецидивних і тяжких інвалідизуючих захворювань. Проте в країні нестабільна ситуація не тільки щодо захворюваності на інфекційні заразні хвороби шкіри, а й на досить високому рівні залишається реєстрація випадків сифілісу і доволі високою є частота уrogenітальних хвороб венерологічного походження. Так, у період 2014–2018 рр. зареєстровано близько 100 тис. хворих на дерматофітози з абсолютним превалюванням пацієнтів дитячого віку; інтенсивний показник коливався в межах від 41,2 до 49,8 випадку на 100 тис. населення [14], а в період 2007–2017 рр. було зареєстровано 48 185 хворих на коросту з інтенсивним показником від 63,1 до 19,2 випадку на 100 тис. населення [11].

Лишаються актуальними протиепідемічні заходи щодо заразних гнійничкових захворювань шкіри і підшкірної клітковини, оскільки, як і раніше, тенденції до зниження такої захворюваності не спостерігається. За даними Харківського науково-дослідного інституту дерматології і венерології (ХНДІДіВ) упродовж багатьох років інфекція шкіри становить найбільшу групу захворювань у загальній дерматологічній патології: від 28,2 до 34,9% (інтенсивні показники за період 2007–2017 рр. коливалися в межах 1039–1468 випадків на 100 тис. населення) [11]. Поглиблений аналіз захворюваності на окремі інфекційні хвороби шкіри на теренах України провести не вдалось, оскільки вони не підлягають обов'язковій статистичній реєстрації, хоча серед хворих дитячого віку такі піодерміти, як стрептококове імпетиго, фолікуліти, фурункульоз, вульгарний сикоз тощо, діагностують доволі часто. Поряд з цим також не підлягають обов'язковому обліку пацієнти з численними хронічними, часто рецидивними дерматозами і, зокрема, псоріазом, атопічним дерматитом (АД), алергійним дерматитом, вульгарною пухирчаткою, екземою, дискоїдним і дисемінованим червоним вовчаком тощо. Ці захворювання характеризуються великими втратами тимчасової працездатності, а деякі з них (наприклад, артропатичний псоріаз (АП)) нерідко призводять до стійкої інвалідизації хворих. Не маючи доступу до відкритих статистико-інформаційних даних, доводиться покладатися на інформацію із наукових джерел. Провідні науковці ХНДІДіВ навели узагальнені інтенсивні показ-

Таблиця. Структура захворюваності на дерматози із вперше в житті встановленим діагнозом в Україні в 2007—2017 рр. (за Я.Ф. Кутасевич, В.М. Волкославською, 2019)

Показник	2007 р.		2014 р.		2016 р.		2017 р.	
	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага, %	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага, %	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага, %	Інтенсивний показник на 100 тис. населення	Питома вага, %
Усього хворих	4200,3	—	3659,6	—	3671,8	—	3688,4	—
Інфекції шкіри	1467,8	34,9	1106,7	30,2	1067,4	29,1	1039,5	28,2
АД	82,5	1,96	86,5	2,4	86,7	2,4	89,8	2,43
Контактний дерматит	700,3	16,7	653,3	17,9	674,2	18,4	687,1	18,63
Псоріаз	29,7	0,71	31,5	0,86	28,8	0,78	30,0	0,81
Мікози стоп	96,7	2,3	95,4	2,6	98,7	2,7	99,6	2,7
Дерматофітози	32,0	0,77	41,2	1,13	45,7	1,2	49,8	1,35
Короста	63,1	1,5	24,8	0,68	20,4	0,6	19,2	0,52

ники захворюваності на деякі вперше виявлені дерматози в період 2007—2017 рр., які складають 3688—4200 на 100 тис. населення (таблиця). Цілком очевидно, що ці дані не відображають реальних показників усієї дерматологічної патології на теренах країни. Велику частку хвороб у представленому аналізі становлять, зокрема, контактні-алергійні дерматити (687—700 на 100 тис.) та мікози стоп (97—99 на 100 тис. населення). В іншій публікації ХНДІДіВ [5] наведено дані за 11 років (2001—2011 рр.), згідно з якими показник захворюваності на дерматози в цілому по країні збільшився на 62,0%, а поширеність хвороб шкіри та підшкірної клітковини серед дітей і підлітків — на 5,4%. Повідомляється також про зростання поширеності алергійних дерматозів (контактних дерматитів, різних форм екземи та АД). Найбільше зростання поширеності контактного дерматиту зареєстровано в Чернівецькій області — в 2,4 рази, Полтавській — на 61,6%, Луганській — на 34,9%, в АР Крим — на 18,3%. У цілому по Україні захворюваність на контактний дерматит зросла на 168,8%. Поширеність АД серед дитячого і підліткового контингенту в Україні загалом збільшилася на 69,7%, зокрема в Харківській області — на 103,0%, АР Крим — на 88,9%, Луганській області — на 89,0%, Полтавській — на 80,9% і Чернівецькій — на 52,0%. Захворюваність на АД жителів країни в цілому за період 2001—2011 рр. зросла на 60,6%, зокрема в АР Крим — на 81,8%, у Луганській області — на 42,6%, Харківській — на 33,1%, Чернівецькій — на 27,3%, Полтавській — на 20,3%. Отже, наведені дані переконливо свід-

чать про те, що серед населення України зростає захворюваність на «традиційно» поширену групу дерматозів, зокрема серед дітей і підлітків.

У практичній діяльності дерматологів особливої уваги заслуговує псоріаз, який сьогодні є не лише захворюванням, а практично позитивним станом, дерматозом, який характеризується перманентним хронічним перебігом з періодами загострень і ремісій. Його питома вага в загальній структурі захворюваності шкіри становить, за даними окремих дослідників, від 7 до 10%, а серед госпітальних хворих зі шкірними хворобами — до 20—25% [9]. За даними Міжнародної Федерації асоціацій псоріазу (International Federation of Psoriasis Associations) поширеність псоріазу в світі неоднакова і залежить від регіону, коливаючись в межах 1,2—5%, а середній показник поширеності і загальній популяції становить близько 3%. Згідно з даними ВООЗ загальна кількість хворих на псоріаз в усьому світі становить близько 125 млн. В одній третині з них псоріаз має середній і тяжкий ступінь (артрит, еритродермія, пустульозні форми), які призводять до тривалої непрацездатності та/або інвалідизації [9]. Загальний стан захворюваності на псоріаз в Україні наразі важко оцінити через відсутність суворого обліку хворих і звітності дерматологічних закладів. Не існує також чітко розробленої форми обліку, яка б передбачала реєстрацію пацієнтів за адміністративним регіоном, віком, статтю, формою, стадією і типом хвороби, кількістю днів, проведених у стаціонарах, сумарних термінів непрацездатності, числа інвалідизованих пацієнтів унаслідок псоріатич-

ної хвороби тощо. Орієнтовні дані з цих питань, які зовсім не претендують на репрезентативність, можна отримати переважно із наукових джерел, зокрема про захворюваність в окремих областях країни [3, 6, 9, 11, 15]. За даними науковців ХНДІДіВ [11] у 2017 р. в Україні було зареєстровано 110 155 хворих на псоріаз (що становить 259,7 випадку на 100 тис. населення), тоді як у 2007 р. їх було 93 713 (201,7 випадку на 100 тис. населення). За узагальненими відомостями, отриманими від спеціалістів дитячої дерматології, майже 14% пацієнтів занедужують у віці до 9 років, а в більшості випадків початок захворювання припадає на вік 5–15 років, що підтверджує епідеміологічну значущість псоріазу в дитячому віці і зумовлює необхідність створення офіційної статистики щодо хворих цього контингенту [5].

Уже навіть ці, не зовсім повні аналітичні дані щодо захворюваності на псоріаз, свідчать про значну поширеність цього дерматозу в нашій країні. Тенденцію до збільшення кількості хворих на псоріаз в Україні, в тому числі з великою часткою ускладнених форм дерматозу, більшість вітчизняних дослідників схильні розглядати переважно у сукупності з несприятливими чинниками, зокрема з погіршенням екологічної обстановки та незадовільним рівнем матеріально-побутових умов, що призводить до психоемоційного напруження у суспільстві та врешті-решт спричиняє зменшення терміну клінічної ремісії і почастищення загострень дерматозу з ускладненнями [5]. Але таке судження, на нашу думку, як і інших дослідників, не є принаймні вирішально вагомим, враховуючи високий рівень захворюваності на псоріаз і велику кількість ускладнених форм у країнах Західної Європи і в США, де загальний рівень життя людей набагато перевищує такий у нашій країні. Достатньо високі показники поширеності псоріазу в розвинених країнах розглядають як відображення чинної там організаційної системи охорони здоров'я і високого рівня медичної допомоги з більш частими зверненнями пацієнтів по допомогу до медичних установ, де частіше діагностують хвороби, які мають локалізований і неактивний характер. І, найвірогідніше, вважають, що це може бути свідченням чіткого обліку захворюваності і звітності медичних закладів у таких країнах [9].

Тяжким ускладненням псоріазу є АП, поширеність якого, за узагальненим аналізом даних літератури, становить від 2,0 до 29,6% і навіть більше третини від усієї кількості хворих на псоріаз [3, 13, 15]. Серед осіб молодого і підліткового віку спостерігається зростання частоти тяжких, рефрактерних до фармакотерапії форм

псоріазу, зокрема АП, який розвивається у 5–8–30% хворих на псоріаз, а також пустульозного псоріазу (в 1% осіб) і псоріатичної еритродермії (в 1–4% хворих), що значно впливають на життя пацієнтів у суспільстві, зумовлюють інвалідизацію, створюючи не тільки медичну, а й соціально значущу проблему псоріатичної хвороби [5]. Втрата працездатності є найчутливішим соціально-економічним наслідком псоріазу з тяжким перебігом та/або АП. Вона може початися вже на ранній стадії розвитку хвороби і стати пожиттєвою проблемою. Через непрацездатність хворі раніше йдуть на пенсію або взагалі припиняють роботу. Попередження інвалідності значною мірою залежить від своєчасної та адекватної терапії, метою якої є досягнення ремісії хвороби. Крім того, хвороба пов'язана зі скороченням тривалості життя пацієнтів. Смертність хворих з тяжким перебігом псоріазу та/або АП зростає за рахунок підвищення кардіоваскулярного ризику та амілоїдозу нирок [3, 15]. Отже, аналіз захворюваності на дерматологічну патологію свідчить, що існуюча на сьогодні організація лікарської допомоги хворим потребує ефективних заходів для її удосконалення, зокрема розроблення нової, прогресивної стратегії боротьби з дерматозами, необхідності обов'язкового суворого обліку хворих з уперше виявленим діагнозом, систематичного моніторингу захворюваності на кожному адміністративному рівні та запровадження звітності ОШВД перед підрозділами медичної статистики МОЗ. Важливими є попередження ускладнень і рецидивування псоріазу і АД, а також суттєве покращення обізнаності населення щодо цих хвороб з акцентом на ризику інвалідизації чи хронізації процесу за відсутності своєчасного лікування.

Сьогодні у світі залишається напруженою ситуація із захворюваністю на сифіліс та інші ППСШ, оскільки кількість щорічно виявлених нових випадків захворювань неухильно збільшується [8]. За прогнозами аналітичної кампанії Global Data протягом наступного десятиліття кількість вперше виявлених випадків зараження сифілісом у США, Європі та інших країнах азіатського і американського континентів буде сукупно збільшуватися щорічно із середньорічним темпом приросту (CAGR) 2,32% і до 2027 р. досягне 1,2 млн. В Україні протягом останніх років спостерігається епідемічно нестійке зниження рівня сифілітичної і гонококової інфекції при високих статистичних показниках уrogenітальних венеричних інфекцій (хламідіоз, трихомоніаз, мікоплазмоз, герпес статевих органів) [1, 4, 10, 12, 16]. Захворюваність на ППСШ насправді вища, адже її не реєструють належним чином.

Крім того, не виключена небезпека несподіваного вибухового зростання сифілітичної інфекції у зв'язку із поширенням епідеміологічно небезпечного раннього прихованого сифілісу [1, 2, 7, 10].

Отже, лікування ІПСШ, інфекційних хвороб шкіри і підшкірної клітковини, хронічних і тяжких інвалідизуючих дерматозів на сьогодні є комплексною проблемою вітчизняної системи охорони здоров'я.

У таких непростих епідеміологічних умовах із захворюваністю на ІПСШ і шкірну патологію дерматовенерологічна організація зобов'язана розробляти ефективні шляхи і методи співпраці із суміжними спеціалістами і в першу чергу з лікарями первинної медичної ланки. Саме лікарі сімейної медицини перебувають у тісному контакті з членами об'єднаних територіальних громад і зобов'язані мати найповнішу інформацію про їхнє здоров'я, починаючи від новонароджених до людей старечого віку, і надавати їм невідкладну та планову медичну допомогу. Згідно із Законом про реформування вітчизняної галузі охорони здоров'я до широкого кола професійних обов'язків первинної ланки долучається серйозний спектр нових завдань, пов'язаних із наданням первинної медичної допомоги пацієнтам фтизіатричного, психіатричного, дерматовенерологічного та інших профілів. У цих умовах актуальним є виважене сприйняття організаційних нововведень, раціональний розподіл і оптимізована інтеграція повноважень між первинною ланкою і вищими, спеціалізованими ланками надання медичних послуг.

А чи готова первинна ланка нашої медицини організаційно і фактово взяти на себе настільки відповідальну функцію? Чи не виникне плутанини в обов'язках, наслідком чого може стати розбалансованість налагодженої системи допомоги значній кількості хворих, зокрема і дерматовенерологічного профілю? Чи достатньою є сьогоднішня професійна підготовленість сімейних лікарів для вирішення нових грандіозних задач, в яких лікар первинної ланки «і швець, і жнець і на дуді гравець»? Але, як кажуть, «*Alea iacta est!*» (з *лат.* — «жереб кинуто»). Тому на передній план виходять невідкладні питання чіткої координації і максимально раціональної інтеграції між лікарями-дерматовенерологами і лікарями первинної медичної ланки. Лікарі сімейної медицини здатні значно збагатити комплекс заходів у подоланні шкірно-венеричних захворювань, в першу чергу із заразними шкірними хворобами, хронічними хворобами шкіри і дерматозами з тяжким перебігом. Для досягнення спільної мети лікарі первинної ланки мають долучитися до активної роботи в пер-

шу чергу в таких сферах: а) раннє виявлення захворювань на коросту, інших заразних інфекційних, грибкових захворювань шкіри, а також хронічних рецидивних і тяжких дерматозів та оперативне скерування пацієнтів на спеціалізований рівень; б) обслуговування пацієнтів з тяжкими і хронічними дерматозами в міжрецидивний період; в) контроль за виконанням пацієнтами плану підтримувального лікування, зокрема стероїдними гормонами після курсового лікування в дерматологічних закладах; г) проведення санітарно-просвітницької роботи з раннього звернення громадян при перших ознаках дерматозів і запобігання ІПСШ.

Разом з тим у зазначеній співпраці існують деякі застереження, які можуть суттєво впливати на ефективність спільної роботи. Перш за все це стосується остаточного клініко-лабораторного діагностування інфекційних і тяжких дерматозів, як, беззаперечно, і ІПСШ. Його слід проводити в спеціалізованих закладах, де для цього є необхідні умови, обладнання і великий професійний досвід лікарів-спеціалістів. Йдеться передовсім про дослідження матеріалу на виявлення збудників дерматофітозів, піодермій, сифілітичних шанкерів на бліду трепонему, мазків-зіскобів з уретри на уrogenітальні інфекції, виявлення LE- і акантолітичних клітин, проведення сучасних трепонемних і нетрепонемних (серологічних тестів) на сифіліс, уретроскопічне дослідження тощо. Недотримання таких стандартів діагностики інфекційних і тяжких дерматозів, а також венеричних хвороб на рівні первинної ланки може стати причиною не тільки неадекватної терапії пацієнтів, а й неприпустимих епідеміологічних наслідків.

Лікування пацієнтів дерматовенерологічного профілю також слід проводити головним чином у спеціалізованих закладах, якими є дерматовенерологічний кабінет або диспансер. Необхідно усвідомити, що лікування хворих на дерматози, особливо інфекційні та ІПСШ, можуть проводити винятково спеціалісти-дерматовенерологи і лише після ретельного клініко-лабораторного діагностичного обстеження пацієнтів. Спільна діяльність дерматовенерологів і сімейних лікарів повинна бути максимально в інтересах пацієнтів і громадянського суспільства в цілому, оскільки заразні шкірні хвороби і ІПСШ є загрозою соціально-епідемічного характеру. Недоброякісне дослідження або лікування пацієнтів дерматовенерологічного профілю без ретельного обстеження згідно з чинними настановами і наказами МОЗ України може стати причиною хронізації або інвалідизації пацієнтів, частого рецидивування патологічних процесів з тривалою

втратаю працездатності або утворення нових осередків інфекційно-дермальної патології, а у разі ІПСШ — виникнення і розростання епідемічних вогнищ венеричної інфекції. Пацієнтів з хронічними рецидивними дерматозами можуть обслуговувати лікарі сімейної медицини лише після встановлення діагнозу і проведення специфічного курсового лікування в умовах дерматологічного стаціонару (цілодобового або денного). Прерогативою лікарів сімейної ланки є проведення тривалого підтримувального лікування (наприклад, кортикостероїдами) пацієнтів після перебування в стаціонарних дерматовенерологічних закладах. Така аргументована і переконлива позиція дерматовенерологічної служби має, на нашу думку, знайти підтримку керівництва закладів системи охорони здоров'я як така, що є цілком виправданою. Гонитва за кількістю пацієнтів відповідно до принципу «гроші ходять за пацієнтом» в цьому контексті є не тільки необґрунтованою, а і вкрай неприйнятною.

Зважаючи на особливості епідеміології заразних шкірних і венеричних хвороб, надзвичайно важливою є достатня обізнаність лікарів первинної ланки щодо їхнього клінічного перебігу із методичними основами і настановами в діяльності дерматовенерологічних закладів на сучасному етапі. Це зумовлює необхідність ефективних професійних контактів лікарів сімейної медицини з дерматовенерологами, зокрема шляхом організації циклів підвищення кваліфікації на кафедрах шкірно-венеричних хвороб, проведення спільних конференцій за актуальною тематикою, ознайомлення сімейних лікарів з новими наказами МОЗ і настановами Департаментів охорони здоров'я. Не менш важливою є необхідність достатньої підготовленості сімейних лікарів щодо клінічних виявів поширених дерматозів, особливо заразних, а також ІПСШ і недопущення діагностичних помилок при їхньому виявленні. Висока ціна діагностичних помилок при встановленні діагнозу інфекційних хвороб шкіри і особливо сифілісу в початкові періоди епідемії, наслідком яких ставали спалахи сифілісу в окремих регіонах, добре відомі дерматовенерологам і керівникам місцевих органів охорони здоров'я.

Висновки

У статті 49 Конституції України зазначено: «Держава забезпечує санітарно-епідемічне бла-

гополуччя громадян», що повинно бути одним із головних пріоритетів вітчизняної медицини. В умовах реформування охорони здоров'я необхідність своєчасного виявлення інфекційних хвороб шкіри і ІПСШ належить до надважливих завдань первинної медичної ланки, що, безумовно, потребує зміцнення інтегративних зв'язків між лікарями-дерматовенерологами і лікарями сімейної медицини. Важливо, щоб удосконалення організації дерматовенерологічної допомоги відбувалося з урахуванням загального реформування системи охорони здоров'я в Україні в цілому зі збереженням і використанням значного вітчизняного досвіду дерматовенерологічної галузі. Нехтування досягненнями добре організованої дерматовенерологічної служби, гіпотетичне чи ілюзорне «розвіювання-розпилення» або перекладання масштабних функційних обов'язків лікарів-дерматовенерологів, навіть невеликої їх частки, на лікарів первинної ланки або суміжних спеціалістів може виявитись фатальною помилкою керівництва охорони здоров'я. Механічне перенесення європейського досвіду діяльності їхніх працівників первинної ланки, так званих воротарів медицини, на наш соціально-економічний ґрунт та специфічні умови кадрового і матеріального забезпечення первинної ланки можуть не виправдати себе, особливо щодо інфекцій шкіри, і зокрема ІПСШ. Напрямок реформування дерматовенерологічної галузі є важливим і вкрай необхідним, але цей процес повинен бути добре підготовленим і мотивованим. Потрібна попередньо добре спланована і впроваджена якісна підготовка лікарів первинної ланки, інакше можуть виникнути різноманітні непередбачувані обставини загрозливого розбалансування в діяльності дерматовенерології — важливої соціально орієнтованої служби. Запропонований алгоритм, інтегрований об'єм і раціональні підходи до надання послуг пацієнтам зі шкірними і венеричними хворобами на первинному і спеціалізованому рівні спроможні стати запорукою в подальшій успішній боротьбі з дерматовенерологічними проблемами. Хотілося б сподіватися, що напрацювання ефективної співпраці первинної і спеціалізованої ланок слугуватимуть матеріалом для узагальнення передового досвіду у вигляді настанов або медичних рекомендацій для їхнього подальшого успішного впровадження в практичну діяльність.

Список літератури

1. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах. Проект «Сифіліс» державного експертного центру МОЗ України.— К., 2017.
2. Бондаренко Г.М., Унучко С.В., Губенко Т.В., Матюшенко В.П. Клініко-епідеміологічні особливості сифілісу на сучасному етапі // Дерматол. та венерол.— 2014.— № 2 (64).— С. 65–70.
3. Вантюх Н.В. Сучасні аспекти етіології та патогенезу псоріазу // Наук. вісн. Ужгородського університету.— Серія «Медицина».— Ужгород, 2013.— Вип. 1, № 46.— С. 182–187.
4. Волкославская В.Н., Гутнев А.Л. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине // Клін. імунол., алергол.— 2011.— Спецвыпуск № 1.— С. 10–12.
5. Волкославська В.М., Гутнев О.Л. Про стан захворюваності та особливості перебігу деяких дерматозів у підлітків в Україні // Дерматол., венерол.— 2013.— № 1.— С. 16–20.
6. Ємченко Я.О., Іщейкін К.Є., Кайдашев І.П. Аналіз захворюваності та поширеності на псоріаз в Україні та в Полтавській області // Вісн. проблем біології і медицини.— 2014.— Т. 14.— Вип. 3 (47).— С. 72–76.
7. Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) // ДУ «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України».— К., 2017.
8. Короленко В.В. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки як передумова створення системи державного управління соціально небезпечними інфекціями // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2016.— № 2.— С. 98–104.
9. Котвіцька А.А., Карло В.В. Дослідження показників поширеності псоріазу в країнах світу та в Україні // Запорізький мед. журн.— 2013.— № 3 (78).— С. 38–42.
10. Кравченко В.Г., Степаненко В.І. Аналітичний огляд захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, у період 1945–2017 рр. та можливі перспективні заходи щодо зниження їх поширеності в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2018.— № 3.— С. 15–21.
11. Кутасевич Я.Ф., Волкославська В.М. Стан ресурсів і діяльність дерматовенерологічної служби за 1998–2018 рр. в Україні. Нагальні задачі // Дерматол., венерол.— 2019.— № 2 (84).— С. 46–49.
12. Нізова Н.М. Актуальні питання розвитку системи громадського здоров'я в Україні: Матеріали наук.-практ. конф., 24–25.05.17 р., м. Ужгород // Здоров'я нації.— 2017.— № 3 (44).— С. 12–13.
13. Сизон О.О. Епідеміологія та взаємозалежність коморбідності артропатичного псоріазу і клінічного перебігу хвороби // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 1 (52).— С. 14–24.
14. Статистичні відомості інформаційно-аналітичного відділу Полтавської обл. ради.— 2018.
15. Харченко Т. Псоріаз в Україні: современные подходы к решению проблемы // Укр. мед. часопис.— 01.10.2012 р. (електронна публікація): www.umj.com.ua.— С. 1–3.
16. Щорічні доповіді про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2013–2014–2015 рр.— ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МО України».

В.Г. Кравченко¹, К.Е. Іщейкін¹, В.І. Степаненко², Я.А. Ємченко¹, І.Б. Попова¹,
А.В. Кравченко¹

¹Українська медичинська стоматологічна академія, Полтава

²Національний медичинський університет імені А.А. Богомольця, Київ

Координация интегративных отношений дерматовенерологической отрасли с первичным звеном на этапе реформирования отечественной системы здравоохранения

Цель работы — определение объемов и алгоритма сотрудничества врачей-дерматовенерологов и врачей семейной медицины по оказанию врачебных услуг при болезнях кожи и инфекциях, передающихся половым путем (ИППП).

Материалы и методы. Анализ динамики заболеваемости на кожные и венерические болезни в Украине и виртуальное создание эпидемиологической ситуации при отсутствии интеграционных отношений между отдельными службами здравоохранения.

Результаты и обсуждение. Предложенные алгоритм, объем и рациональные подходы к предоставлению услуг пациентам на первичном и специализированном уровне. Диагностика и лечение больных тяжелыми и инфекционными дерматозами, как и ИППП, должны проводиться на специализированном уровне. Перманентное наблюдение за пациентами с хронически-рецидивирующими и распространенными дерматозами в межрецидивные периоды осуществляется врачами семейной медицины.

Выводы. Предоставление медицинских услуг пациентам дерматовенерологического профиля должно осуществляться с сохранением и использованием значительного положительного отечественного опыта отрасли. Практическое пренебрежение хорошо организованной дерматовенерологической службой может оказаться фатальной ошибкой руководства здравоохранения. Механическое перенесение европейского опыта деятельности их работников первичного звена, так называемых «вратарей» медицины, на нашу социально-экономическую почву и специфические условия кадрового и материального обеспечения может стать вовсе не оправданным. Результативность предоставления медицинских услуг пациентам дерматовенерологического профиля на современном этапе в значительной степени будет зависеть от четко согласованных действий первичного и специализированного звеньев. Необходимо предварительно хорошо спланированная и внедрена качественная подготовка врачей первичного звена. Предложенные алгоритм, интегрированный объем и рациональные подходы способны стать залогом в успешной борьбе с дерматовенерологическими проблемами. Нарботки эффективного сотрудничества первичного и специализированного дерматовене-

рологічного звеньев может послужить материалом для обобщения передового опыта в виде установок или медицинских рекомендаций для дальнейшего успешного его применения.

Ключевые слова: дерматозы, заболеваемость, инфекции, передающиеся половым путем, семейная медицина.

V.G. Kravchenko¹, K.E. Ischeykin¹, V.I. Stepanenko², J.O. Emchenko¹,
I.B. Popova¹, A.V. Kravchenko¹

¹ *Ukrainian Medical Stomatological Academy, Poltava*

² *Bogomolets National Medical University, Kyiv*

Coordination of integrative relations of dermatovenereological industry with primary unit at the stage of reform of domestic health system

Objective – to determine the scope and algorithm of cooperation between dermatovenereologists and family medicine doctors in providing medical services for skin diseases and sexually transmitted infections (STIs).

Materials and methods. Analysis of the dynamics of the incidence of skin and sexually transmitted diseases in Ukraine and the virtual creation of an epidemiological situation in the absence of integration relations between individual health services.

Results and discussion. The algorithm, scope and rational approaches to provision of services to patients at the primary and specialized level are offered. Diagnosis and treatment of patients with severe and infectious dermatoses, like STIs, should be carried out at a specialized level. Permanent monitoring of patients with chronically recurring and common dermatoses in the inter-relapse periods is carried out by family medicine doctors.

Conclusions. The provision of medical services to patients with a dermato-profile should be carried out with the preservation and use of significant positive experience of the domestic industry. The practical neglect of the well-organized dermatovenereological service may prove to be a fatal mistake of the health authorities. The mechanical transfer of the European experience of the activities of their primary care workers, the so-called «goalkeepers» of medicine, to our socio-economic soil and the specific conditions of personnel and material support may not be justified at all. The effectiveness of the provision of medical services to patients with a dermatological profile at the present stage will largely depend on clearly coordinated actions of the primary and specialized units. Previously well-planned and implemented quality training for primary care physicians is necessary. The proposed algorithm, integrated volume and rational approaches can become the key to a successful fight against dermatovenereological problems. The development of effective cooperation between primary and specialized dermatovenereological units can serve as material for summarizing best practices in the form of guidelines or medical recommendations for its further successful application.

Key words: dermatoses, morbidity, infections, sexually transmitted infections, family medicine.

Дані про авторів:

Кравченко Володимир Григорович, д. мед. н., проф., кафедри шкірних і венеричних хвороб Української медичної стоматологічної академії

36024, м. Полтава, вул. Шевченка, 23

E-mail: vladkrav38@gmail.com

Ищейкін Костянтин Євгенович, д. мед. н., проф., зав. кафедри шкірних і венеричних хвороб української медичної стоматологічної академії

Степаненко Віктор Іванович, д. мед. н., проф., зав. кафедри дерматовенерології Національного медичного університету імені О.О. Богомольця

Ємченко Яна Олександрівна, к. мед. н., доц. кафедри шкірних і венеричних хвороб Української медичної стоматологічної академії

Попова Ірина Борисівна, к. мед. н., доц. кафедри шкірних і венеричних хвороб Української медичної стоматологічної академії, гол. лікар Полтавського обласного клінічного шкірно-венерологічного диспансеру

Кравченко Андрій Володимирович, к. мед. н., лікар-дерматовенеролог вищої категорії