

за максимально короткий проміжок часу провести предтестове консультування, визначити ВІЧ-статус пацієнта і в процесі посттестового консультування дати йому рекомендації по результатам проведеного тестування. Разом з тим, організація кабінетів «Доверіє» на базі дерматовенерологічних закладів зіштовбується з рядом проблем, основними з яких є необхідність внесення змін у наказ МЗ України № 102 від 25.02.2008 г. «Про функціонування кабінетів «Доверіє» з урахуванням особливостей діяльності дерматовенерологічної служби, перегляду штатних нормативів дерматовенерологічних закладів, передбачаючих безперервне функціонування даних кабінетів впродовж робочого дня, визначення фінансових витрат на їх оснащення, функціонування і т.д. Ряд організаційних питань при використанні швидких тестів для дослідження на ВІЧ-інфекцію в закладах дерматовенерологічного профілю згідно «Временного порядку дослідження на ВІЧ-інфекцію з використанням швидких тестів, їх використання і обліку результатів», затвердженого наказом МЗ України № 639 від 27.08.2009 г., потребує уточнення і перегляду, і в першу чергу – вимоги обліку їх результатів безпосередньо лікарем-дерматовенерологом, призначившим тестування, і медичної сестрою, в функціональні обов'язки яких, згідно діючих нормативних документів, проведення лабораторних досліджень не входить. Відповідно викликає заперечення і вимога підписання протоколу проведення дослідження швидкими тестами в відповідному журналі (форма № 510-7/у) лікарем, проводившим консультування. По суті справа проведення таких досліджень

відноситься до одного з методів лабораторної діагностики, воно повинно здійснюватися і реєструватися в лабораторії кожневідділення, де, в свою чергу, дотримується згідно технології і визначений температурний режим. Проведення таких тестувань поза межів лабораторії має практичну цільовість тільки при її фактичній відсутності (в умовах стаціонарних і мобільних консультативних пунктів або мобільної амбулаторії, де також тестування повинні проводити медичні працівники, які мають відповідну підготовку). До нинішнього часу не вирішені питання підготовки медичних працівників (лікарів, середнього медичного персоналу) в циклах тематичного удосконалення як по проведенню ДКТ, так і по проведенню діагностики ВІЧ-інфекції швидкими тестами, що є обов'язковою умовою згідно вимогам наказів МЗ України № 415 від 19.08.2005 г. «Про удосконалення добровільного консультування і тестування на ВІЧ-інфекцію» і № 639 від 24.08.2009 г. «Про удосконалення Временного порядку дослідження на ВІЧ-інфекцію з використанням швидких тестів, їх використання, зберігання і обліку результатів». Необхідно обговорити особливості видачі справок про результат дослідження на наявність антитіл до ВІЧ (форми № 503-4/у і № 503-5/у) пацієнтам, досліджуваним анонімно, а також необхідність звітності по проведених дослідженнях швидкими тестами на ВІЧ в основній звітній формі лікувально-профілактичного закладу – форма № 20 «Звіт ЛПУ за рік». Таким чином, ряд аспектів організації роботи кабінетів «Доверіє» в дерматовенерологічних закладах потребує уточнення і юридичного обґрунтування.

ЗАМЕЧАНИЯ К КЛИНИЧЕСКОМУ ПРОТОКОЛУ ОКАЗАНИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ С ПОДОЗРЕНИЕМ НА ВРОЖДЕННЫЙ СИФИЛИС

В.Г. Радионов, А.В. Шатилов, В.Н. Любимцева

*Областной кожновенерологический диспансер г. Луганск
Кафедра дерматовенерологии госмедуниверситета г. Луганск*

В последние годы в нашей стране имеет место динамическое снижение уровня заболеваемости сифилисом. Так, в Луганской области в 2009 году заболеваемость сифилисом по сравнению с пиковым ее подъемом в 1997 году снизилась

почти в 8 раз и составила 24,2 случая на 100 тыс. жителей. Вместе с тем, на этом фоне уровень заболеваемости ранним врожденным сифилисом (ВС) в Луганской области не только не снизился, но даже возрос и составил 2,9 случая на 100 тыс.

детского населения в 2009 г. против 2,4 в 1997 г., что свидетельствует о неблагоприятной ситуации по профилактике его возникновения за счет своевременного выявления и адекватного лечения беременных, инфицированных сифилисом. Заболеваемость ВС составляет в первую очередь социальную проблему, для решения которой необходима координация деятельности различных ведомств и структур законодательной и исполнительной власти.

Казалось бы, весьма актуальным и своевременным в этом отношении явилась разработка и утверждение приказом МЗ Украины № 769 от 23.10.2009 г. «Клинического протокола оказания медицинской помощи детям с подозрением на врожденный сифилис», который должен определять и регулировать все аспекты организации и оказания квалифицированной медицинской помощи детям с подозрением на ВС. Вместе с тем, анализ вышеуказанного документа позволяет утверждать, что в нем отсутствует четкий алгоритм этапности и сроков проведения обследования ребенка при подозрении на ВС, а это с практической точки зрения очень важно для врачей различного профиля, участвующих в диагностике и лечении выявленной патологии у конкретного ребенка. Мы считаем, что в протоколе необходим четкий, понятный любому практическому врачу алгоритм с указанием конкретных исполнителей в соответствующих структурных подразделениях лечебно-профилактических учреждений (родильное отделение, реанимация новорожденных, отделение патологии новорожденных, кожновенерологический диспансер и др.), должны быть указаны ответственные за выполнение рекомендованных методов диагностики и оговорены сроки проведения тех или иных диагностических исследований. Нуждаются в уточнении организационные моменты проведения ряда диагностических исследований при подозрении на ВС, в первую очередь таких, как обнаружение *T. Pallidum* в темном поле или методом ПЦР в условиях родильного отделения и других отделений, не входящих в структуру кожновенерологических учреждений, специфического окрашивания или флюоресцентного свечения антител для выявления возбудителя сифилиса, методика лабораторного тестирования на сифилис у мертворожденных детей и ряд других. По нашему мнению, совершенно необоснованно в рассматриваемом документе из перечня диагностических обследований при подозрении на ВС, который был оговорен «Стандартами диагностики и лечения

болезней, передающихся половым путем» (приказ МЗ Украины № 286 от 07.06.2004 г. «Об усовершенствовании дерматовенерологической помощи населению Украины»), исключены требования проведения исследования общего анализа мочи и биохимического исследования крови, консультации невропатолога, педиатра, офтальмолога (варианты 3 и 4 «Протокола»). Вызывает возражение такой диагностический критерий сравнения количественных показателей степени позитивности серологических реакций у новорожденного и матери при диагностике ВС, как «нетрепонеменные серологические титры у новорожденных в 4 раза больше, чем материнские». Ведь в ряде случаев и у матери, и у ребенка могут быть высокие количественные показатели РСК с кардиолипидным антигеном, при этом некоторые из таких детей вообще не попадают ни под один из имеющихся в протоколе вариантов лечения (например, мы наблюдали детей, матери которых до родов не были серологически обследованы на сифилис, клинических проявлений сифилиса не наблюдалось ни у матери, ни у ребенка, однако серологические показатели РСК у новорожденного в высоких титрах превышали аналогичные у матери, но кратность такого превышения составляла только 2 раза, например, 1:160 у новорожденного и 1:80 у матери). Необходимо юридически четко определить – какой диагноз установлен у ребенка при назначении ему лечения: либо это ВС (коды по МКБ-10 A.50.0 – A.50.9.), либо это профилактическая антибиотикотерапия (код Z.29.2). Использование в предложенных схемах лечения у новорожденных бензатинбензилпенициллина G (варианты 3 и 4 «Протокола»), который в Украине зарегистрирован под торговой маркой «ретарпен», совершенно не согласуются с противопоказаниями, изложенными в инструкции по применению последнего, согласно которой этот препарат назначается детям старше 12-ти лет. Кроме того, считаем необоснованным уменьшение длительности антибиотикотерапии водорастворимыми препаратами пенициллина до 8-ми дней при 3-м варианте лечения. Кто, и на основании чего установил указанный срок? Такая длительность пенициллинотерапии при подозрении на ВС не предусмотрена и «Европейским пособием по лечению сифилиса», а согласно «Рекомендаций по лечению сифилиса для Российской Федерации», профилактическое лечение водорастворимым пенициллином новорожденных составляет не менее 10-ти дней. К сожалению, в протоколе совер-

шенно не оговорены схемы лечения позднего ВС, отсутствуют альтернативные методы лечения при непереносимости препаратов пенициллина, не указаны конкретные сроки проведения клинко-серологического контроля и критерии снятия ребенка с диспансерного учета, нет рекомендаций по врачебной тактике в случаях длительно сохраняющихся позитивных результатов серологических показателей крови после проведенного

лечения. Таким образом, считаем необходимым в ближайшие сроки пересмотреть и уточнить ряд положений обсуждаемого документа с учетом клинко-эпидемиологических особенностей ВС в Украине, адаптации различных методов его диагностики к нашему практическому здравоохранению, отечественного опыта лечения и диспансерного наблюдения за детьми, рожденными от инфицированных сифилисом матерей.

ПРО ДОЦІЛЬНІСТЬ ВВЕДЕННЯ СУБСПЕЦІАЛЬНОСТЕЙ ДЕРМАТООНКОЛОГІЯ ТА ДЕРМАТОКОСМЕТОЛОГІЯ ЯК СКЛАДОВИХ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЇ

В.І. Степаненко, О.Ю. Туркевич, О.О. Сизон

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького*

За оперативною інформацією МОЗ та АМН України протягом останніх 5 років кількість зареєстрованих випадків захворюваності меланомою шкіри становила понад 12000 чоловік. Найвищий рівень захворюваності відзначався у АР Крим, Дніпропетровській, Донецькій, Львівській, Одеській областях та м. Київ. На превеликий жаль, кількість смертей становила більшість випадків. Загалом смертність від меланоми на пострадянському просторі протягом 5 років становить 95%, тоді як у США цей показник лише 5%. Така різниця пояснюється в першу чергу пізніми термінами діагностики. Це питання було вперше піднято на апаратній нараді МОЗ України від 08.06.2007 «Про стан та перспективи розвитку дерматовенерології в Україні», де зазначалось про необхідність зміни підходів до «...кваліфікаційних характеристик лікарів-дерматовенерологів та лікарів інших спеціальностей, зокрема лікарів зі спеціальності «загальна практика-сімейна медицина» з питань діагностики і лікування ряду захворювань шкіри...», а саме меланоми – це захворювання, для якого рання діагностика – це буквально питання життя і смерті. Виходячи із вищеприписаної ситуації ми вважаємо, що виходячи з передового європейського досвіду, беручи до уваги наказ МОЗ України від 31.01.03 за № 148 «Про заходи щодо реалізації положень Болонської декларації у системі вищої медичної та фармацевтичної освіти» саме час ставити питання про впровадження таких субдисциплін як дерматоонкологія та дерматокосметологія, які лише при чіткому виділенні їх як субспеціальностей

та визначенні того, що практикувати їх можуть лише дерматовенерологи, які пройшли спеціальну підготовку – як варіант, це субрезидентура з дерматоонкології та дерматокосметології – ми зможемо впорядкувати ситуацію як з раннім виявленням, так і з диспансеризацією та своєчасним повноцінним правильним лікуванням цих хворих. У наших умовах стандартною є ситуація, коли зверається пацієнт з так званим передраковим станом. Але хто з лікарів за це має взятися – невідомо, пацієнта відсилають від одного кабінету до іншого, оскільки багато хто з дерматологів з тих чи інших причин не займаються лікуванням таких хворих, а до онкологів, навіть з урахуванням всіх відмінностей вітчизняної системи охорони здоров'я від Європейської, звертатись зарано. Натомість у більшості країн світу такими проблемами займаються саме кваліфіковані дерматологи, що володіють такими методами, як дерматоскопія, хірургія шкіри, в т. ч. хірургія за Мозом, біопсія лімфовузлів, ад'ювантна терапія, а у випадках необхідності і хіміотерапія. В зв'язку з цим на сьогоднішній день ми не повинні зупинятись на досягнутому – а саме впровадження у ЛНМУ імені Данила Галицького згідно дозволу МОЗ України ТУ «Дерматонкологія, дерматопатологія та дерматоскопія». Ми повинні дивитись на перспективу, і, виходячи із досвіду таких передових Європейських країн, як Німеччина та Франція ставити вголос питання про те, що є переконлива потреба у впровадженні в навчальну програму післядипломної освіти таких програм спеціалізації, як дерматоонкологія і дермато-