

Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я – Збірник наукових праць, за ред. П.П. Рижко, вип. 10. – 2013 – С. 3–6.

4. Рижко П.П. Етапність формування і надання дерматовенерологічної допомоги в Харківському регіоні / П.П. Рижко, Л.В. Рощенко // Сучасні проблеми дерматовенерології, косметології та управління охороною здоров'я – Збірник наукових праць, за ред. П.П. Рижко, вип. 10. – 2013 – С. 13-16.
5. Короленко В.В., Степаненко В.І., Хара О.І. та ін. Проблеми державного управління дерматовенерологічною службою у процесі реформування вітчизняної системи охорони здоров'я / Укр. журнал дерм., венер., космет. – №1 (48), 2013. – С. 9–23.

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ВЫЯВЛЕНИЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЕЗНЕЙ СЕМЕЙНЫМИ ВРАЧАМИ В НЕКОТОРЫХ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

В.М.Волкославская, О.Л.Гутнев, А.И.Хара, В.Г.Радионон, О.И.Денисенко

Методом анкетирования изучено в 4 областях Украины состояние оказания медицинской помощи кожно-венерологическим больным врачами общей практики семейной медицины. Пришли к выводу, что делегирование функций дерматовенеролога на уровень врача общей практики является в настоящее время необоснованным и преждевременным, грозит распространением кожных болезней и ИППП.

THE MODERN STATE OF DERMATOVENEROLOGIC DISEASE IDENTIFYING BY FAMILY DOCTORS IN SOME REGIONS OF UKRAINE

V.M.Volkoslavskaya, A.L.Gutnev, A.I.Khara, V.G.Radionov, O.I.Denisenko

The state of medical care to the dermatovenerologic patients provided by the doctors of the General practice family medicine in 4 regions of Ukraine was studied by the questionnaire method. It has been concluded that the dermatovenerologist functions delegation to the General practitioner level haven't been studied currently good enough and is too early, and it also have threatened by the spread of skin diseases and STIs.

УДК 616.97-036.2(477.62-21)''2007/2013''

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ ИФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ НАСЕЛЕНИЯ г.ДОНЕЦКА ЗА ПЕРИОД 2007-2013 Г.Г.

И.В.Свистунов

Донецкий национальный медицинский университет им.М.Горького

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, заболеваемость, городское население.

Актуальность. Проблема инфекций, передаваемых преимущественно половым путем, (ИППП) по-прежнему остается актуальной, особенно, с учетом того,

что ими болеют лица репродуктивного и социально-активного возраста [1, 2].

В последние годы в Украине отмечается рост заболеваемости одними урогенитальными инфекциями и снижение – другими [3]. В частности, в последние годы отмечается стойкая тенденция к увеличению числа случаев микоплазмоза. На достаточно высоком уровне сохраняется заболеваемость хламидиозом и трихомонозом. При этом не проводится учет гарднереллёза и урогенитального кандидоза [3]. Подчеркивается необходимость уделять больше внимания вопросам регистрации ИППП на местах [1, 2].

Цель работы. Разработать предложения по учету и снижению заболеваемости ИППП среди населения г. Донецка на основании анализа регистрации этой патологии за период 2007-2013 г.г.

Материал и метод исследования. Материалом исследования явились показатели заболеваемости ИППП, которые регистрировались с 2007 г. по 2013 г. у населения г. Донецка. Оценивали количество больных БППП в абсолютных и относительных цифрах, затем сравнивали полученные результаты между собой и с показателями заболеваемости в Донецкой области в 2013 году.

Результаты исследований обработаны статистически.

Результаты и их обсуждение. Дерматовенерологическая служба г. Донецка на протяжении анализируемого периода обслуживала население 9 городских районов. Населения города Донецка с 2007 г. по 2013 г. уменьшилось на 3,5% (табл. 1). При этом взрослое население

уменьшилось на 4,6%, а детское население увеличилось на 1,7%.

Заболеваемость сифилисом в г. Донецке в 2013 г. по сравнению с 2007 г. снизилась в 4,7 раза и стала меньше, чем заболеваемость сифилисом в СССР в 1986 году – 6,1 (табл. 2). При этом она почти в 1,6 раза меньше областного показателя 2013 года. Можно констатировать, что на протяжении анализируемого периода времени отмечается постоянное снижение уровня заболеваемости сифилисом в г. Донецке. Наблюдается снижение случаев как активных, так и скрытых форм заболевания. Заболеваемость активными формами сифилиса в 2013 году по сравнению с 2007 годом уменьшились в 4,9 раза, скрытыми – в 4,5 раза. Если в 2007 году отношение активных и скрытых форм составило 1:1,3, то в 2013 году – 1:1,5. Это указывает на увеличение скрытых форм болезни и может свидетельствовать о недостаточном выявлении заболевания на ранних стадиях, поздней обращаемости больных к врачу, менее ответственном отношении их к состоянию своего здоровья. И тогда это требует дальнейшего улучшения санитарно-просветительной работы среди населения.

С другой стороны, относительный рост скрытых форм может быть результатом значительного уменьшения общей заболеваемости сифилисом за анализируемый период. С учетом циклического и волнообразного течения болезни с периодичностью 15-20 лет это может быть предвестником увеличения заболеваемости сифилисом в ближайшие годы.

Таблица 1

Численность населения г. Донецка в 2007-2013 г.г.

Население	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Дети (0-18 лет)	168356	168000	170060	168160	169290	169857	171188
Взрослые (старше 18 лет)	836244	829100	820740	816240	808848	801239	798109
Всего	1004600	997100	990800	984400	978138	971096	969297

Таблица 2

Заболеваемость сифилисом в г. Донецке

Формы сифилиса	Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Активный	Кол-во больных	79	30	62	20	11	28	16

	На 100 тыс. населения	7,9	3,0	6,2	2,0	1,1	2,9	1,6
Скрытый	Кол-во больных	108	56	79	46	50	34	23
	На 100 тыс. населения	10,8	5,6	8,0	4,7	5,1	3,5	2,4
Всего	Кол-во больных	187	86	141	66	61	62	39
	На 100 тыс. населения	18,8	8,6	14,2	6,7	6,2	6,4	4,0
Область	На 100 тыс. населения	28,2	19,6	16,6	13,2	11,0	9,9	6,3

Таблица 3

Заболеваемость различными нозологическими формами сифилиса в г. Донецке

Нозологии	Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Обл. 2013
Сифилис ранний:	Кол-во больных	152	52	87	23	29	34	23	
	На 100 тыс. нас-ния	15,2	5,2	8,8	2,3	2,3	3,5	2,4	4,8
- первичный	Кол-во больных	13	5	6	2	2	10	1	
	На 100 тыс. нас-ния	1,3	0,5	0,6	0,2	0,2	1,0	-	
- вторичный свежий	Кол-во больных	15	4	19	2	3	1	1	
	На 100 тыс. нас-ния	1,5	0,4	1,9	0,2	0,3	0,1	-	
- вторичный рецидивный	Кол-во больных	51	20	37	2	6	11	7	
	На 100 тыс. нас-ния	5,1	2,0	3,7	0,2	0,6	1,1	-	
- ранний менингова-скулярный	Кол-во больных	-	-	-	8	4	5	7	
	На 100 тыс. нас-ния	-	-	-	0,8	0,4	0,5	0,7	
- скрытый ранний	Кол-во больных	73	23	25	9	14	7	7	
	На 100 тыс. нас-ния	7,2	2,3	2,5	0,9	1,4	0,7	0,7	1,1
Сифилис с неуточ-ненным сроком	Кол-во больных	26	28	43	37	18	16	11	
	На 100 тыс. нас-ния	2,6	2,8	4,3	3,7	1,8	1,6	1,0	0,9
Сифилис скрытый поздний	Кол-во больных	9	6	11	6	14	11	5	
	На 100 тыс. нас-ния	0,9	0,6	1,1	0,6	1,4	1,1	0,6	0,6
Сифилис врожден-ный	Кол-во больных	-	-	-	-	-	1	-	
	На 100 тыс. нас-ния	-	-	-	-	-	0,1	-	-
Все формы	Кол-во больных	187	86	141	66	61	62	39	
	На 100 тыс. нас-ния	18,8	8,6	14,2	6,7	6,3	6,4	4,0	6,3

При анализе заболеваемости сифилисом по отдельным нозологическим единицам за период 2007-2013 г.г., следует отметить неравномерную, но стойкую тенденцию к снижению большинства из них, за исключением сифилиса скрытого позднего (табл. 3). Заболеваемость этой формой сифилиса в 2013 году – 0,6, соответствует областному показателю и незначительно меньше показателя 2007 года. При этом показатели 2009, 2011 и 2012 годов были выше уровня 2007 года.

Это отмечается на фоне значительного уменьшения заболеваемости сифилисом скрытым ранним в 2013 году по сравнению с 2007 годом – в 10,3 раза. Особенно это заметно, начиная с 2010 года, когда в г. Донецке стал регистрироваться сифилис нервной системы. Очевидно, часть

скрытых форм раннего сифилиса была недоявленными формами так называемого ликвор-сифилиса. В свою очередь, учитывая кодировку МКБ-10, уровень заболеваемости сифилисом скрытым поздним в какой-то степени определили случаи поздних форм сифилиса нервной системы.

Надо отметить, что во многих случаях позднего и неуточнённого сифилиса, диагноз был выставлен пациентам, получавшим в прошлом анонимное лечение (не подтвержденное медицинской документацией), не проходившим клинико-серологический контроль, а также пациентам, которым вовремя не был выставлен диагноз: серорезистентность и/или не назначено лечение по поводу серорезистентности. Вместе с тем, это же приводит к развитию сифилиса нервной системы.

Следует отметить, что за 7 лет в г. Донецке был установлен 1 случай врожденного сифилиса в 2012 году.

При анализе распределения заболеваемости различными формами сифилиса по полу среди населения г. Донецка за период 2007-2013 г.г. следует отметить, что отношение между мужчинами и женщинами в 2007 году составляло 1: 1,1, а в 2013 году – 1:0,95, т.е. заболеваемость распределилась практически равномерно с незначительными колебаниями в разные годы (табл. 4). Однако, тенденция снижения заболеваемости сифилисом среди мужчин с 2007 года по 2013 год в 4,45 раза по сравнению аналогичным показателем среди женщин – в 5,15 раза, может указывать как на недостаточное выявление женщин в качестве источников заражения, так и на недостаточное выявление мужчин, как половых контактов.

При анализе распределения заболеваемости сифилисом в различных возрастных группах населения г. Донецка за период 2007-2013 г.г. следует отметить, что во все годы преобладают больные наиболее социально активного и трудоспособно-

го возраста – 20-59 лет (табл. 5). Если в 2007 году они составляли 89,3% всех больных, то в 2013 году – 79,5% при областном показателе – 84,6%.

При сохранении достаточно высокого удельного веса больных сифилисом наиболее репродуктивного возраста (20-39 лет) среди всех больных наблюдается тенденция к уменьшению этого показателя с 60,2% в 2007 году до 38,5% в 2013 году при областном показателе – 59,7%.

При анализе колебаний серологических реакций на сифилис среди населения г. Донецка за период с 2007 по 2013 годы можно отметить, что на фоне снижения этого показателя в 2,2 раза продолжает сохраняться достаточно высокий процент неспецифических сероколебаний, которые в 2007 г. составили 80,5%, а в в 2013 г. – 85,1% (табл. 6). При этом в 2,9 уменьшилось количество пациентов, которым в результате обследований был выставлен диагноз сифилис. Таким образом, отмечается стабильность в диагностике сифилиса среди населения г. Донецка.

Таблица 4

Заболеваемость различными формами сифилиса у мужчин и женщин г.Донецка

Формы сифилиса	Пол	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Ранний сифилис:	Мужчины	73	23	37	18	13	16	13
	Женщины	79	29	50	5	16	18	10
- первичный	Мужчины	8	3	5	2	2	10	1
	Женщины	5	2	1	-	-	-	-
- вторичный свежий	Мужчины	8	1	7	2	2	-	-
	Женщины	7	3	12	-	1	1	1
- вторичный рецидивный	Мужчины	23	10	18	2	-	2	2
	Женщины	28	10	19	-	5	9	5
- сифилис ранний менинговаскулярный	Мужчины	-	-	-	6	2	3	5
	Женщины	-	-	-	2	2	2	2
- ранний скрытый	Мужчины	34	9	7	6	6	1	5
	Женщины	39	14	18	3	8	6	2
Сифилис с неуточненным сроком	Мужчины	12	14	18	17	9	9	5
	Женщины	14	14	25	20	9	7	6
Поздний скрытый сифилис	Мужчины	4	5	4	1	7	3	2
	Женщины	5	1	7	5	7	8	3
Врожденный сифилис	Мужчины	-	-	-	-	-	-	-

	Женщины	-	-	-	-	-	1	-
Все формы	Мужчины	89	42	59	36	29	28	20
	Женщины	98	44	82	30	32	34	19
Итого		187	86	141	66	61	62	39

Таблица 5

Заболеваемость сифилисом в различных возрастных группах населения г. Донецка

Возраст	Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Обл. 2013
0-14 лет	Кол-во больных	-	-	-	-	-	1	-	
	% от всех б-ных	-	-	-	-	-	1,6	-	3,2
15-19 лет	Кол-во больных	11	2	-	2	2	6	2	
	% от всех б-ных	5,9	2,4	-	3,0	3,3	9,7	5,1	6,1
<i>из них 15-17 лет</i>	<i>Кол-во больных</i>	<i>5</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>1</i>	<i>-</i>	<i>2</i>	<i>2</i>	
	<i>% от всех б-ных</i>	<i>2,7</i>	<i>1,2</i>	<i>-</i>	<i>1,5</i>	<i>-</i>	<i>3,2</i>	<i>5,1</i>	2,5
20-29 лет	Кол-во больных	74	35	45	18	7	17	4	
	% от всех б-ных	39,6	40,7	31,9	27,3	11,5	27,4	10,3	28,9
30-39 года	Кол-во больных	38	26	48	19	12	16	11	
	% от всех б-ных	20,3	30,2	34,1	28,8	19,7	25,8	28,2	30,8
40-59 лет	Кол-во больных	55	20	42	23	33	18	16	
	% от всех б-ных	29,4	23,2	29,8	34,8	54,0	29,0	41,0	24,9
60 лет и старше	Кол-во больных	9	3	6	4	7	4	6	
	% от всех б-ных	4,8	3,5	4,2	6,1	11,5	6,5	15,4	6,1
Всего	Кол-во больных	187	86	141	66	61	62	39	
	% от всех б-ных	100	100	100	100	100	100	100	100

Таблица 6

Колебания серологических реакций на сифилис у населения г. Донецка

Причины сероколебаний	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Неспецифические сероколебания	120	74	69	54	72	23	57
Установлен диагноз сифилиса	29	8	12	7	23	32	10
Всего	149	82	81	61	95	55	67

Таблица 7

Заболеваемость гонореей в г. Донецке

Формы гонореи	Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Обл. 2013
Острая	Кол-во больных	66	51	61	45	41	44	39	
	На 100 тыс. нас-ния	6,4	5,1	6,1	4,6	4,2	4,5	4,2	7,8
Хроническая	Кол-во больных	12	10	6	7	6	2	8	
	На 100 тыс. нас-ния	1,2	1,0	0,6	0,7	0,6	0,2	0,8	2,8
Всего	Кол-во больных	78	61	67	52	47	46	47	
	На 100 тыс. нас-ния	7,8	6,1	6,7	5,3	4,8	4,7	4,8	10,6
Область	На 100 тыс. нас-ия	19,4	20,2	13,1	12,2	11,9	11,1	10,6	

Таблица 8

Заболеваемость гонореей у мужчин и женщин г. Донецка

Формы гонореи	Пол	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Острая	Мужчины	52	44	52	41	35	33	34
	Женщины	5	7	9	4	6	11	5
Хроническая	Мужчины	14	5	-	-	1	1	3

	Женщины	7	5	6	7	5	1	5
Всего	Мужчины	66	51	52	48	36	34	37
	Женщины	12	10	15	11	11	12	10

Таблица 9

Заболеваемость гонореей в различных возрастных группах населения г. Донецка

Возраст	Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
0-14 лет	Кол-во больных	-	2	1	1	-	-	-
	% от всех б-ных	-	3,3	1,5	1,9	-	-	-
15-19 лет	Кол-во больных	5	7	8	6	3	1	3
	% от всех б-ных	6,4	11,5	11,9	11,5	6,4	2,2	6,4
20-29 лет	Кол-во больных	43	41	39	35	33	32	37
	% от всех б-ных	55,1	67,2	58,2	67,3	70,2	69,6	78,7
30-39 года	Кол-во больных	22	6	14	8	8	11	7
	% от всех б-ных	28,2	9,8	20,8	15,3	17,0	23,8	14,9
40-59 лет	Кол-во больных	8	5	5	2	3	1	-
	% от всех б-ных	10,3	8,2	7,6	3,8	6,4	2,2	-
60 лет и старше	Кол-во больных	-	-	-	-	-	1	-
	% от всех б-ных	-	-	-	-	-	2,2	-
Всего	Кол-во больных	78	61	67	52	47	46	47
	% от всех б-ных	100	100	100	100	100	100	100

Заболеваемость гонореей в г. Донецке в 2013 г. по сравнению с 2007 г. снизилась в 1,6 раза (табл. 7). При этом она в 2,2 раза меньше областного показателя 2013 года. Можно констатировать, что на протяжении анализируемого периода времени отмечается постоянное снижение уровня заболеваемости гонореей. Наблюдается снижение случаев как острой, так и хронической форм заболевания. Заболеваемость каждой из этих форм гонореи в 2013 году по сравнению с 2007 годом уменьшилась в 1,5 раза.

Следует отметить, что на протяжении всего анализируемого периода заболеваемость острой гонореей традиционно превалирует над хронической. Как в 2007, так и в 2013 году соотношение показателя заболеваемости острой формы заболевания к хронической составляло 5,3:1.

При анализе распределения заболеваемости гонореей по полу среди населения г. Донецка за период 2007-2013 г.г. следует отметить, что отношение между мужчинами и женщинами в 2007 году составляло 5,5:1, а в 2013 году – 3,7:1 (табл. 8). Снижение показателя заболеваемости

гонореей и у мужчин, и у женщин произошло за счёт острых форм заболевания. При этом, тенденция снижения заболеваемости гонореей среди мужчин с 2007 года по 2013 год в 1,8 раза по сравнению аналогичным показателем среди женщин – в 1,2 раза, может указывать (также, как и при сифилисе) как на недостаточное выявление женщин в качестве источников заражения, так и на недостаточное выявление мужчин, как половых контактов. Источники заражения у больных гонореей в последнее время, как правило, отсутствуют, так как половые связи у преобладающего большинства из них осуществляются без средств индивидуальной защиты, в состоянии алкогольного или наркотического опьянения с малознакомыми и незнакомыми лицами в самых разных местах и разыскать их невозможно.

При анализе распределения заболеваемости гонореей в различных возрастных группах населения г. Донецка за период 2007-2013 г.г. следует отметить, что, как и при сифилисе, во все годы преобладают больные наиболее социально активного и трудоспособного возраста (табл. 9).

В отличие от больных сифилисом, у которых этот период укладывается в 20-59 лет, у больных гонореей на 10 лет «моложе» и составляет 20-39 лет. Так эта возрастная группа в 2007 году составляла 83,3% всех больных, а в 2013 году – 93,6%. Обращает внимание то, что с годами увеличивается удельная доля случаев гонореи в возрастной группе 20-29 лет с 55,5% до 78,7%, а в группе 30-39 лет уменьшается с 28,2% до

14,9%. Последние 3 года не регистрируются случаи гонореи у несовершеннолетних.

Низкие показатели заболеваемости гонореей в г. Донецке могут свидетельствовать о том, что часть больных лечится самостоятельно при безрецептурной продаже антибиотиков, а также в частных лечебных учреждениях, где эти случаи не регистрируются. Можно только предположить, что реальный уровень заболеваемости гонореей в 8-10 раз выше.

Таблица 10

Заболеваемость ИППП в г. Донецке

Нозологии	Показатели	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	Обл. 2013
Трихомониаз	Кол-во больных	506	457	410	395	379	236	230	
	На 100 тыс. нас-ния	50,4	45,8	41,2	40,1	39,1	24,3	23,9	61,4
Хламидиоз	Кол-во больных	121	173	214	218	211	127	190	
	На 100 тыс. нас-ния	12,0	17,3	20,5	22,1	21,7	13,1	19,8	28,5
Уреаплазмоз и микоплазмоз	Кол-во больных	413	385	566	651	542	552	545	
	На 100 тыс. нас-ния	41,1	38,6	57,0	66,1	55,8	56,8	56,6	98,8
Гарднереллёз	Кол-во больных	619	888	1831	2004	115	-	42	
	На 100 тыс. нас-ния	61,6	89,0	184,4	203,6	11,8	-	4,4	137,6
Герпес	Кол-во больных	147	116	161	79	5	1	13	
	На 100 тыс. нас-ния	14,6	11,6	16,2	8,0	0,5	0,1	1,4	5,3
Кандидоз	Кол-во больных	1852	1148	4392	2707	-	-	37	
	На 100 тыс. нас-ния	184,4	115,1	443,3	275,0	-	-	3,8	177,5
Всего	Кол-во больных	3658	3167	7574	6054	1252	916	1057	
	На 100 тыс. нас-ния	364,1	317,6	764,4	614,9	129,1	94,4	109,9	

При анализе заболеваемости ИППП среди населения г. Донецка за семилетний период (табл. 10) можно отметить, что, сравнивая показатели 2013 с 2007 годом, наблюдается стойкая тенденция снижения заболеваемости трихомониазом – в 2,1 раза. При этом обращает внимание резко выраженное снижение показателей заболеваемости гарднереллёзом, генитальным герпесом и урогенитальным кандидозом, соответственно в 14, 10,4 и 48,5 раза. Заболеваемость хламидиозом неравномерна и сохраняется примерно на прежнем уровне.

Показатель заболеваемости уреа- и микоплазмозом среди населения г. Донецка за последние 7 лет имеет тенденцию к росту – в 1,4 раза, сравнивая показатели 2013 с 2007 годом, что в определенной степени объясняется улучшением их диагностики в последние годы. Вместе

с тем, эти данные диктуют необходимость более детального изучения характера поражений при этой патологии и внедрения более эффективных методов её лечения.

Обращает внимание, что показатели заболеваемости по всем ИППП в 2013 году значительно ниже областных показателей: трихомониазом – в 2,6 раза, хламидиозом – в 1,4, уреа- и микоплазмозом – в 1,7, гарднереллёзом – в 31,3, генитальным герпесом – в 3,8, урогенитальным кандидозом – в 12,3 раза. Если городские показатели снижения заболеваемости трихомониазом, хламидиозом, уреа- и микоплазмозом в какой-то степени коррелируют с динамикой показателей заболеваемости сифилисом (ниже в 1,6 раза) и гонореей (ниже в 2,2 раза), то показатели заболеваемости урогенитальным герпесом, урогенитальным кандидозом и, особенно, гарднереллёзом

при сравнении с областными показателями говорят о практически полном отсутствии регистрации этих ИППП как в кожно-венерологических кабинетах, так и женских консультациях г.Донецка. В тоже время, эти данные ставят вопрос о качестве диагностики данной патологии среди жителей г. Донецка, в частности, необходимости более широкого внедрения и использования новых методов идентификации возбудителей (ИФА и ПЦР) в различных клиничко-диагностических лабораториях. Как правило, врачи приема отдают предпочтение какому-то одному методу диагностики ИППП, пользуются услугами разных частных лабораторий, отличающихся уровнем профессиональной подготовки врачей-лаборантов, качеством реактивов и оборудования, что отражается на достоверности лабораторной диагностики. В какой-то степени это связано и с разным уровнем квалификации дерматовенерологов частных медицинских предприятий.

Выводы. В г.Донецке с 2007 г. по 2013 г. отмечается снижение заболеваемости ИППП (за исключением уреа- и микоплазмоза) при отсутствии должной их ре-

гистрации, особенно, случаев урогенитального герпеса, урогенитального кандидоза и гарднереллёза. Для дальнейшего уменьшения заболеваемости ИППП, особенно среди лиц социально-активного и репродуктивного возраста, необходимо:

- обеспечить реальную регистрацию всех случаев ИППП, что позволит определить дальнейшие противоэпидемические мероприятия;
- следить за своевременным прохождением пациентами клиничко-серологического контроля и назначением лечения по поводу серорезистентности;
- продолжить взаимодействие дерматовенерологической службы с акушерами-гинекологами и урологами по выявлению, диагностике, лечению и профилактике ИППП;
- увеличить объемы и спектр лабораторных методов исследования на ИППП с использованием ИФА и ПЦР;
- совместно с городским «Центром здоровья» подготовить цикл сообщений по профилактике ИППП в средствах массовой информации.

Список литературы

1. Волкославская В.Н., Гутнев А.Л. Очерк заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине // Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О. Горсуєва. – 2013, № 1-2 (30). – С. 109-112.
2. Ешимов А.Е., Сапарбеков М.А. Эпидемиологические аспекты изучения распространенности ИППП, приоритетные направления профилактики на региональном уровне // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол. – 2008. - № 2. – С. 91-92.
3. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні // Відповідальний за випуск Голубчиков М.В. – Центр медичної статистики МОЗ України. – К., 2012. – С. 14.

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ ІНФЕКЦІЯМИ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, СЕРЕД НАСЕЛЕННЯ М. ДОНЕЦЬКА ЗА ПЕРІОД 2007-2013 Р.Р.

І.В.Свистунов

Проведений статистичний аналіз захворюваності інфекціями, що передаються статевим шляхом, серед населення м. Донецька за період 2007-2013 р.р. Розроблені пропозиції по обліку та зниженню захворюваності даною патологією.

MORBIDITY SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES AMONG THE POPULATION OF DONETSK DURING 2007-2013

I.V.Svistunov

The statistical analysis of the incidence by infections, sexually transmitted, among the population of Donetsk during 2007-2013 is carried out. Offers on the account and decrease in incidence by this pathology are developed.

УДК 616.56:614.876 – 036.2

ЗАХВОРЮВАНІСТЬ НА ПОШИРЕНІ ДЕРМАТОЗИ ЗА ДАНИМИ ЗВЕРТАННЯ В ЛІКУВАЛЬНІ ЗАКЛАДИ ШКІРНО-ВЕНЕРОЛОГІЧНОГО ТА АЛЕРГОЛОГІЧНОГО ПРОФІЛЮ м.ХАРКОВА

Е.М.Солошенко, О.М.Стулій, Л.В.Рощенюк, Л.Б.Амер,
Л.Б.Книженко, Н.С.Волкова, В.В.Шевченко

ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», м.Харків

Актуальність теми. В останні роки за результатами власних спостережень збільшилась кількість хворих на поширені дерматози, у яких при лікуванні основного захворювання розвиваються алергічні реакції на лікарські засоби (ЛЗ). Відомо, що алергічні ускладнення у вигляді анафілактичного шоку у таких хворих є більш тяжкі, ніж основне шкірне захворювання, і в деяких випадках приводять до летального кінця. Оскільки стратегічні підходи до терапії хворих на поширені дерматози, що асоційовані з побічною дією

лікарських засобів (ПДЛЗ), як правило, направлені на попередження алергологічних ускладнень, актуальним питанням є виявлення частоти алергічних реакцій серед хворих на поширені дерматози.

Мета роботи. Встановлення факту статистичної реєстрації ПДЛЗ і виявлення її частоти у хворих на поширені дерматози в лікувальних закладах м. Харкова для розробки в подальшому для цієї категорії хворих не тільки адекватної патогенетичної терапії, але й реабілітаційних засобів.

Таблиця 1

Захворюваність на поширені дерматози за даними звертання
в ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ» з 2008 – 9 міс. 2013 рр.

Нозологічні форми дерматозів	Роки						Всього
	2008	2009	2010	2011	2012	9 міс. 2013	
	% від усіх хворих						
Мікози	4,6	3,3	4,3	4,4	3,8	3,7	11,9
у т.ч. оніхомікози	1,2	1,0	2,2	3,2	1,3	1,3	5,8
Інфекційні хвороби шкіри	2,0	3,7	2,7	1,8	2,9	2,4	7,1
Бульозні дерматози	0,8	2,4	2,6	1,8	1,4	0,7	3,9
Дерматити та екземи	28,6	24,4	24,4	21,9	22,94	24,0	68,84
У т.ч. екземи	12,2	11,1	11,3	10,1	11,76	11,0	32,9
Папулосквамозні порушення	36,5	33,0	32,9	36,9	30,88	33,6	101,7
У т.ч. Псоріаз	30,6	18,2	20,5	30,7	25,1	27,4	83,2
у т.ч. артропатія	10,5	11,9	7,9	8,4	8,6	10,0	27,0
Кропив'янка та еритеми	5,6	8,2	5,9	6,5	6,1	5,4	18,0
Хвороби придатків шкіри	12,5	13,7	16,2	14,2	13,9	14,7	42,8
у т.ч. вугрова хвороба	5,1	5,5	4,9	7,1	5,88	6,0	19,0
У т.ч. Розацеа	6,5	6,0	5,7	5,9	6,47	4,5	16,87
У т.ч. Алопеція	2,5	1,4	2,4	0,8	0,7	1,4	2,9
Інші хвороби шкіри	7,7	9,9	8,5	10,9	12,6	10,0	33,5