проведении первого гистологического исследования биоптата кожи морфологическая верификация диагноза ЗЛК была достигнута лишь у 11 (37,9 %) из 29 больных, во всех остальных случаях (62,1 %) потребовались 2- и 3-кратные биопсии. У 15 больных (51,7 %) для определения фенотипа лимфоидного пролиферата проводилось иммуногистохимическое исследование, в результате которого диагноз ЗЛК был верифицирован у 9 (60,0 %) больных.

Консультации гематолога проведены 8(27,6 %) больным, онколога – 11 (37,9 %) больным ЗЛК, что способствовало уточнению стадии онкологического процесса и формированию терапевтического комплекса.

Средняя продолжительность стационарного лечения составила 26,3±8,1 койкодня, причем 19 (65,5 %) больным потребовалось более двух повторных госпитализаций в течение года. Для лечения больных ЗЛК были использованы глюкокортикостероидные гормоны (ГКС) в дозировках 25–30 мг в пересчете на преднизолон, 10 (34,5 %) пациентам была проведена комбинированная терапия ГКС с цитостатиками (проспидин), 9 (31,0 %) больным – ФХТ, части больных – интерферонотерапия (ИНФ-α). Проведенное лечение позволило добиться состояния клинической ремиссии у 9 (75,0 %) больных ГМ и у 14 (87,5 %) больных с ЭФТЗЛК. У пациентки с лимфоматоидным папулезом достигнуто полное очищение кожных покровов, безрецидивный период продолжается в течение 5 месяцев.

Таким образом, формирование группы больных с подозрением на наличие ЗЛК, широкое использование иммуноморфологических методов диагностики, проведение клинического мониторинга и адекватных методов терапии позволили удлинить клиническую ремиссию и повысить качество жизни больных ЗЛК. Аналогичный комплексный подход к организации специализированной помощи больным ЗЛК может быть воспроизведен в дерматовенерологических учреждениях областного уровня и профильных клиниках при кафедрах вузов.

## ОРГАНИЗАЦИОННАЯ МОДЕЛЬ ОКАЗАНИЯ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ, БОЛЬНЫМ ХРОНИЧЕСКИМИ ДЕРМАТОЗАМИ

*Ю. В. Кеникфест, Н. В. Кунгуров, Н. В. Зильберберг*
*Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,*
*г. Екатеринбург*

Приоритетными направлениями государственной политики и развития здравоохранения Российской Федерации являются охрана здоровья детей и подростков, обеспечение их качественной и эффективной медицинской помощью. Необходимо научное обоснование методологии управления качеством специализированной помощи с учетом индикаторов качества, взаимосвязи

кадрового, материально-технического и финансового обеспечения выполнения стандартов и порядка оказания специализированной дерматовенерологической медицинской помощи, в том числе и при оказании ее детям и подросткам.

Проведенный в 2008 г. сотрудниками УрНИИДВиИ анализ состояния и качества организации специализированной помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами в регионах Урала, Сибири и Дальнего Востока наряду с выявленными негативными тенденциями установил отсутствие информированности более 80 % родителей о состоянии здоровья детей, о заболеваниях хроническими дерматозами, необходимости соблюдения режима антигенного щажения, об ожидаемых результатах и возможных осложнениях при назначении терапии, о существовании стандартов, обеспечивающих гарантированный объем диагностики и лечения, и о современных медицинских технологиях. В результате лишь треть родителей выполняют все назначения врача, а 43 % используют или собираются использовать нетрадиционные (незарегистрированные) методы терапии, что ведет к низкой результативности лечения, способствует инвалидизации пациентов. На современном этапе возросла координирующая роль и ответственность главных специалистов регионов в реализации данных направлений, в организации и контроле качества лечебно-диагностического процесса и его обеспечения на местах.

Необходимость оперативного решения изложенных проблем определила три основных направления совершенствования системы оказания специализированной дерматовенерологической помощи детям и подросткам:

1. Разработка и утверждение Порядка оказания специализированной медицинской помощи детям, больным хроническими дерматозами, включающего маршрутизацию больных, задачи и табель оснащенности каждого этапа (амбулаторного, стационарного, восстановительного), квалификационные требования к специалистам, практические механизмы контроля качества оказания специализированной помощи.

2. Создание и внедрение эффективной модели взаимодействия и преемственности в работе врачей первичного звена (участкового педиатра и врача общей практики) и дерматовенерологов при оказании медицинской помощи детям и подросткам с хроническими дерматозами (приоритет. справка № от 2009 г.).

3. Разработка и внедрение обучающих программ для родителей детей, больных хроническими дерматозами, включение их в систему диспансерного наблюдения.

Внедрение разработанной УрНИИДВиИ системы взаимодействия между первичным медицинским звеном и врачами-дерматовенерологами при оказании специализированной помощи детям и подросткам, больным хроническими дерматозами, позволило повысить медико-экономическую и социально-экономическую результативность, качество и доступность специализированной помощи детям.