

**ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ
МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ**

**АКТУАЛЬНІ ПИТАННЯ
ДЕРМАТОЛОГІЇ,
ВЕНЕРОЛОГІЇ
ТА ВІЛ/СНІД-ІНФЕКЦІЇ**

МАТЕРІАЛИ НАУКОВОЇ КОНФЕРЕНЦІЇ

присвяченої 160-річчю професора М.В. Тупцева

За редакцією проф. А.М.Дашука

Харків
2020

ББК 55.83

УДК:616.5 + 616.97 + 687.55 + 614.2

А 45

Редакційна колегія: проф. В.А.Капустник, чл.-кор. НАМН України, проф. В.М.Лісовий, проф. Ю.В.Андрашко, доц. О.Д.Александрук, проф. С.А. Бондар проф. Л.А.Болотна, проф. А.М.Дашук (відп. редактор), проф. О.І.Денисенко, доц. Є.І.Добржанська (секретар), проф. А.Д.Дюдюк, проф. Л.Д.Калюжна, проф. В.Г.Кравченко, проф. Я.Ф.Кутасевич, проф. М.М.Лебедюк проф. Літус А.І., проф. Макуріна Г.І., проф. В.В.М'ясоєдов, доц. Л.В.Рошенюк, проф. О.О.Сизон, проф. В.І.Степаненко

Адреса редакційної колегії: Україна, 61002, Харків, узвіз Куликівський, 15, кафедра дерматології, венерології та СНІДу, тел. (057) 700-41-33, e-mail: kafedradermahnmnu@gmail.com

У збірнику наукових праць кафедри дерматовенерології Харківського національного медичного університету висвітлено вклад професора М.В.Типцева в історії становлення і розвитку кафедри. Розглянуто питання етіопатогенезу, клініки, діагностики та лікування низки шкірно-венеричних хвороб.

Для науковців, фахівців.

А 45 Актуальні питання дерматології, венерології таі ВІЛ/СНІД інфекції:

Збірник наукових праць. – Х.: , 2020. – 351 с.

ISBN 978-966-97945-8-1

В сборнике научных трудов кафедры дерматовенерологии Харьковского национального медицинского университета отражен вклад профессора М.В.Типцева в истории становления и развития кафедры. Рассмотрены вопросы этиопатогенеза, клиники, диагностики и лечения ряда кожных болезней.

Для научных работников, специалистов.

Редакційна колегія не завжди поділяє думки і погляди авторів. Відповідальність за зміст, підбір і викладення фактів у статтях несуть автори.

Відповідно до Закону України «Про авторське право і суміжні права» під час використання наукових ідей і матеріалів цього збірника посилання на авторів і видання є обов'язковим.

ISBN 978-966-97945-8-1

ББК 55.83

© Харківський
національний
медичний університет,
2020

**ЩОДО ПЕРСПЕКТИВ РОЗВИТКУ МЕДИЧНОГО
СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ. ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ
МОДЕЛЕЙ МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В РІЗНИХ КРАЇНАХ
СВІТУ**

Солошенко Е.М.¹, Рощенюк Л. В.^{2,5}, Гіржанова І. В.³, Воронцов В. М.²,
Тихонова І. О.⁴

¹ ДУ «Інститут дерматології та венерології НАМНУ», м. Харків;

² КНП ХОР «Обласний клінічний шкірно-венерологічний диспансер
№1», м. Харків;

³ ДУ «Інститут мікробіології та імунології ім. І.І. Мечнікова
НАМНУ», м. Харків;

⁴ Харківський обласний медичний коледж, м. Харків;

⁵ Харківський національний медичний університет, м. Харків.

Медичне страхування в Україні дотепер не стало реальністю, оскільки діюча безкоштовна медицина в системі охорони здоров'я, що базується на бюджетних коштах, продемонструвала свою повну неспроможність. Коштів, які державний бюджет передбачає для фінансування медицини, не вистачає на ефективне медичне обслуговування населення [2, 5]. При збільшенні за останні роки в більшості країнах світу, як і в Україні, населення похилого віку і відсотку його захворюваності гостро на першу чергу висунило проблему достойного його забезпечення якісними медичними послугами. Тому медичне страхування в Україні на сучасному етапі продовжує залишатися актуальною проблемою.

Мета роботи – аналіз моделей медичного страхування в різних країнах світу, їх недоліків і переваг, вибір серед відомих моделей - моделі медичного страхування в Україні.

Матеріали і методи. Пошук, вивчення і ретельний аналіз сучасних публікацій по медичному страхуванню в Україні та різних країнах світу.

Результати. Аналіз відомих публікацій, присвячених проблемі як фінансування охорони здоров'я в різних країнах світу, так і медичного страхування в них населення, свідчить, що рівень розвитку охорони здоров'я кожної країни залежить не тільки від рівня розвитку країни, але й від турботи держави щодо своїх громадян. Про результативність роботи сфери охорони здоров'я країн світу можна судити за доступністю медичних послуг та за ступенем задоволеності населення їх якістю [1].

У світі існують різні системи охорони здоров'я, які склалися під впливом конкретних історичних, економічних, соціальних і політичних факторів, при цьому кожна з них має свої плюси і

мінуси. Між тим, з певною часткою умовності всі існуючі системи підрозділяються на три основні моделі: 1) бюджетна; 2) соціально-страхова; 3) приватна. В основі такого поділу лежать, в першу чергу, відмінності в джерелах фінансування медичної допомоги (податкові надходження, внески на медичне страхування, приватні кошти), а також способи її організації (централізована або децентралізована) та форми власності постачальників послуг охорони здоров'я (державна, приватна некомерційна і приватна комерційна) [2, 4].

Основним джерелом фінансування бюджетної моделі служить державний бюджет, точніше - податкові надходження. Держава практично повністю покриває медичні послуги для всього населення і управляє системою надання медичної допомоги. Домінуючу роль відіграють державні лікувальні установи. Найбільш яскравий приклад бюджетної моделі - система охорони здоров'я Великобританії, яка фінансується головним чином з податкових надходжень громадян. Ключовим постачальником медичних послуг є Національна служба охорони здоров'я, що підкоряється міністерству охорони здоров'я. Вона забезпечує жителів практично всім набором необхідних медичних послуг, лікарськими засобами в стаціонарах і медичними виробами безкоштовно. Що стосується забезпечення рецептурними засобами при амбулаторному обслуговуванні громадян, то в країні діє збалансована система відшкодування вартості цих засобів (7,85 фунтів стерлінгів за один рецепт) для працездатного населення, в той час як для соціально вразливих і малозабезпечених груп населення встановлені пільги. Так, громадяни, які досягли 60-70 років або не досягли 16 років, пацієнти із захворюваннями, що входять до спеціального переліку, військові пенсіонери та інваліди війн повністю звільнюються від соплатежей за ліки. Помірні соплатежі поширюються на офтальмологічні та стоматологічні послуги. Держава оплачує проїзд для незаможних до місця лікування, а також надає ряд інших важливих пільг в області медичних послуг [4, 6].

Іншим прикладом бюджетної моделі може бути Австралія, де федеральний уряд забезпечує основну частку ресурсів охорони здоров'я, фінансуючи дві провідні загальнонаціональні державні програми - систему обов'язкового медичного страхування це - Медікейр і схему відшкодування вартості ліків. Медікейр покриває 75% вартості послуг стаціонарної допомоги і від 85 до 100% вартості амбулаторних послуг. Крім того, федеральний уряд виділяє кошти на підтримку державних лікарень і регіональних програм медичної допомоги, а також субсидії на надання послуг з довгострокового догляду для людей похилого віку та інвалідів. Спільно з урядами штатів і територій фінансуються програми громадської охорони здоров'я, а також психіатрична допомога, частина стоматологічних послуг, медичне обслуговування сільського населення, корінних

жителів і ветеранів. Саме Уряд регулює ринки ліків, медичних виробів і приватного медичного страхування, в той час як приватне медичне страхування відіграє лише допоміжну роль, забезпечуючи доступ до послуг приватних лікарняних установ, а також до нечисленних послуг, що не охоплені державним фінансуванням. Держава надає підтримку громадянам, які купують поліси приватного медичного страхування, надаючи спеціальні бюджетні субсидії та податкові пільги [4]. Бюджетна модель охорони здоров'я використовується також в Греції, Данії, Ірландії, Іспанії, Ісландії, Італії, Новій Зеландії, Норвегії, Португалії та Швеції [7].

На відміну від бюджетної соціально-страхова модель медичного страхування фінансується не з податків, а з внесків роботодавців і працівників. Так само, як і бюджетна модель, вона забезпечує доступ до послуг охорони здоров'я для всього або майже всього населення. Різниця полягає в тому, що в наданні медичних послуг беруть участь організації різних форм власності, а держава відіграє роль гаранта у забезпеченні громадян цими послугами. В Європі соціально-страхова модель найбільш розвинена в Німеччині і Франції, але також використовується і іншими країнами, включаючи Нідерланди, Австрію, Бельгію, Швейцарію, Канаду і Японію [6,7].

У Німеччині 90% населення охоплені національною системою обов'язкового медичного страхування (ОМС), що складається з приблизно 150 фондів медичного страхування (лікарняних кас). Основними джерелами їх фінансування є внески роботодавців і найманих працівників, причому цей сумарний внесок ділиться між ними приблизно порівну. Кожен житель має право змінювати страхову організацію принаймні раз на рік без тимчасових витрат і паперової тяганини. Строго дотримується принцип солідарності, згідно з яким здоровий житель платить за хворого, молодий - за похилого, працюючий - за безробітного. При цьому система ОМС покриває практично всі необхідні послуги, ліки і медичні вироби, а соплатежі населення складають незначну частку [7].

У Франції все населення країни, включаючи навіть нелегальних іммігрантів, охоплено системою обов'язкового медичного страхування. Фінансування даної системи на 90% забезпечується за рахунок внесків на соціальне страхування, решта покривається за рахунок податків і акцизів. У Франції жорстко дотримується принцип свободи вибору для пацієнта: кожен житель країни має право отримати направлення на консультацію до будь-якого конкретного фахівця за власним вибором. Існує кілька підсистем (схем) медичного страхування. Найбільшою (близько 80% населення) є загальна схема, яка охоплює найманих працівників та їхні сім'ї. Є схеми, що поширюються на приватних фермерів та індивідуальних підприємців, а також державних службовців. Незаможні громадяни та безробітні підлягають

страхуванню за спеціальною програмою для осіб з річним доходом, що не перевищує 8774 євро [7].

Особливість приватної моделі - відсутність єдиної системи державного медичного обслуговування або страхування. Медична допомога надається переважно на платній основі, за рахунок приватного страхування або з кишені самого споживача медичних послуг, а головним інструментом забезпечення потреб в медичних послугах є ринок. Держава бере на себе фінансування лише тих потреб суспільства, які не можуть бути задоволені ринком (медичні послуги для малозабезпечених верств населення, пенсіонерів і безробітних). Найвідоміший приклад такої моделі - США, де відсутня національна система охорони здоров'я, що охоплює все населення. США залишаються єдиною промислово розвинутою країною, в якій гарантії держави в галузі медичної допомоги поширюються лише на обмежене коло громадян, а доступ до послуг охорони здоров'я носить фрагментарний характер. Основу системи охорони здоров'я країни становить платна медицина при домінуючій ролі приватного медичного страхування, що відрізняється великою різноманітністю планів. Державне медичне страхування надається окремим категоріям населення в рамках федеральних і змішаних федерально-штатних програм. Істотна частка населення (50 млн чоловік, або 16%) не охоплена ніякими видами медичного страхування.

У чистому вигляді жодна з моделей не існує ніде. Незважаючи на те, що і французька, і німецька моделі є соціально-страховими, держава і в тому і в іншому випадках виділяє значні кошти на охорону здоров'я безпосередньо з бюджету країни, що стало особливо актуально в останні роки в зв'язку нестачею ресурсів охорони здоров'я. У Великобританії не всі потреби фінансуються з загальних податкових надходжень: за їх рахунок формується 76% її бюджету, а решта 24% покриваються внесками роботодавців або працівників (19%), а також іншими внесками та зборами (5%) [4, 6, 7].

Іншим характерним прикладом поєднання двох різних підходів є канадська модель охорони здоров'я. Її, як правило, вважають соціально-страховою, проте багато в чому вона схожа з державною моделлю. У Канаді універсальний доступ до послуг охорони здоров'я для 99% населення забезпечує система загальнообов'язкового державного медичного страхування Медікейр, в управлінні якої важливу роль відіграють страхові медичні плани десяти провінцій і трьох територій. Головним джерелом фінансових коштів Медікейр служать не внески роботодавців і працівників на медичне страхування, а податкові надходження федерального уряду і провінцій, як це має місце в бюджетній моделі.

Важлива особливість бюджетної і бюджетно-страхової моделі систем охорони здоров'я полягає в тому, що країни, що

використовують ці моделі (європейські країни, Австралія, Канада і Японія), витрачають дуже серйозні кошти на охорону здоров'я - не менше 9-11% свого ВВП. При цьому 70 і більше відсотків сукупних витрат фінансується з громадських коштів, що дозволяє вирішувати питання про загальне охоплення населення гарантованими медичними послугами належної якості. Для підвищення ефективності та усунення дублювання витрат застосовується переважно одноканальне фінансування (бюджет або засоби медичного страхування), але в цілях подання системі охорони здоров'я фінансової стійкості повсюдно використовуються різні додаткові джерела.

Інша картина спостерігається в США, де на охорону здоров'я витрачається більше 17% ВВП, але частка держави у фінансуванні охорони здоров'я не досягає 50%. Низька частка державного фінансування компенсується системою приватного медичного страхування для працездатного населення, яка спирається на потужну фінансову підтримку роботодавців. США - лідер по фінансуванню, розробки та виробництву інноваційних ліків та інших медичних технологій. За кількістю магнітно-резонансних томографів на 1 млн жителів вони поступаються тільки Японії, а по числу діагностичних досліджень із застосуванням магнітно-резонансної томографії займають перше місце в світі, випереджаючи Німеччину. Проте США істотно поступаються більшості європейських країн по ефективності витрат охорони здоров'я, демонструючи більш низькі у порівнянні з Європою показники та індикатори якості надання медичної допомоги, такі як тривалість життя і дитяча смертність. У той же час за показником п'ятирічної виживаності хворих на рак молочної залози - одного з найважливіших індикаторів якості охорони здоров'я, США знаходяться на першому місці [7].

В останні роки більшість дослідників сходяться на думці, що з позицій політики охорони здоров'я і соціальної відповідальності держави традиційна класифікація систем охорони здоров'я втрачає сенс [2, 5, 6]. Більш важливим стає досягнення загального охоплення населення послугами охорони здоров'я належної якості. Успішність реформ охорони здоров'я залежить не стільки від джерел фінансування, скільки від доступності ресурсів, їх раціонального розподілу і більш ефективного використання, а також поліпшення якості медичних послуг. При цьому неважливо, які джерела використовуються для їх оплати: чи будуть це кошти бюджету, чи обов'язкового або навіть добровільного медичного страхування. Невипадково навіть у США, де соціальні гарантії держави традиційно слабкіші, ніж у Європі, Канаді та Австралії, зараз проводиться реформа, що націлена на розширення охоплення населення гарантованими медичними послугами. Передбачається, що завдяки

запланованій реформі до 2019 р медичним страхуванням зможуть скористатися 32 млн осіб, які раніше не мали страховки [7].

Жодна з існуючих і розглянутих моделей охорони здоров'я не може претендувати на універсальність, проте вивчення сильних і слабких сторін кожної з них становить суттєву цінність при реформуванні та оптимізації нових моделей [2-5]. Особливе значення це має для України, що знаходиться в пошуку оптимальної моделі охорони здоров'я. Саме ретельний аналіз існуючих моделей медичного страхування дозволяє зробити висновки, які, як нам представляється, необхідно враховувати при проведенні реформ охорони здоров'я в нашій країні. Так, при формуванні системи одноканального фінансування важливо чітко визначитися з джерелом наповнення коштів - через податки, внески працівника і роботодавця або з обох джерел. Інше питання - це участь приватних і державних, в тому числі відомчих, установ в наданні медичної допомоги за програмою держгарантій. При розподілі фінансових ресурсів цієї програми між установами різних видів власності потрібно враховувати існуючий конфлікт інтересів у державі, яка є «власником» більшості лікувальних установ і покликана контролювати їх ефективність. Однак надання значних обсягів медичної допомоги приватними та відомчими установами загрожує «знекровленням» державних ресурсів, що неминуче спричинить за собою зниження їх ефективності та якості надання медичної допомоги.

Дотепер жодна розвинена країна світу не може забезпечити всіх необхідних засобів для надання медичних послуг виключно з бюджетних коштів без застосування механізмів соплатежей [2, 3, 4, 6]. Це питання особливо болюче для нашої країни лежить в площині політичних рішень. Однак не вважаючи на існуючі економічні труднощі і бюджетний дефіцит системи охорони здоров'я його неминуче треба вирішувати. І чим раніше це питання буде вирішене, тим швидше можна створити більш ефективну систему фінансування та організацію українського варіанту страхування охорони здоров'я.

Висновки. При розробці в Україні сучасної моделі медичного страхування гостро стоїть питання, з одного боку, регулювання обсягів участі медичних організацій різної форми власності в наданні медичної допомоги населенню, а з іншого - впровадження в систему охорони здоров'я моделей державно-приватного партнерства.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Доклад о состоянии здравоохранения в мире. Финансирование систем здравоохранения. Путь к всеобщему охвату населения медико-санитарной помощью // Всемирная организация здравоохранения - 2010 г. - С. 7-11.

2. Максимова Л. В., Омеляновский В. В., Сура М. В. Анализ систем здравоохранения ведущих зарубежных стран // Журнал Медицинские технологии. Оценка и выбор. – 2014. – С. 37 -45.

3. Реформы финансирования здравоохранения // Опыт стран с переходной экономикой. Под ред. J. Kutzin, C. Cashin, M. Jakab. Всемирная организация здравоохранения от имени Европейской обсерватории по системам и политике здравоохранения – 2011. – С. 15-16.

4. Палехова П. В., Карнаух О. В. Международный опыт организации системы здравоохранения - управленческий аспект // Материалы Ивановских чтений. Издательство: Бондалетов В. В. (Москва). – 2019. - № 1 (23). – С. 253-262.

5. Третяк Д.Д. Медицинское страхование в системе финансового обеспечения здравоохранения в Украине // Молодий вчений. – 2016. - №6 (33). –С. 123 -127.

6. Шпак И. А. Сравнительный анализ систем страхования здоровья в зарубежных странах // Журнал Горизонты экономики. Издательство «Экономика» (Москва). - 2016. - №1 (27).- С. 101 -106.

6. International Profiles of Health Care Systems, 2012. Australia, Canada, Denmark, England, France, Germany, Iceland, Italy, Japan, the Netherlands, New Zealand, Norway, Sweden, Switzerland, and the United States. Edited by S. Thomson, R. Osborn, D. Squires, M. Jun. The Commonwealth Fund, November 2012. – P. 6, 11-12, 93.

PROSPECTS OF DEVELOPMENT OF HEALTH INSURANCE IN UKRAINE. COMPARATIVE ANALYSIS OF MODELS OF HEALTH INSURANCE IN DIFFERENT COUNTRIES

Soloshenko E. N., Roshchenyuk L. V., Girzhanova I. V., Vorontsov V. M., Tikhonova I. A.

SUMMARY

The characteristics of three models of health care financing and health insurance used in leading countries are given. The analysis of their advantages and disadvantages is carried out, as well as the prospects for the development of medical insurance in Ukraine.

Key words: health insurance, health financing models

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В УКРАИНЕ. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ МОДЕЛЕЙ МЕДИЦИНСКОГО СТРАХОВАНИЯ В РАЗНЫХ СТРАНАХ МИРА

Солошенко Э. Н., Рощенюк Л. В., Гиржанова И. В., Воронцов В. М., Тихонова И. А.

Дана характеристика трех моделей финансирования здравоохранения и медицинского страхования, применяемых в

ведущих странах. Проведен анализ их преимуществ и недостатков, а также рассмотрены перспективы развития медицинского страхования в Украине.

Ключевые слова: медицинское страхование, модели финансирования здравоохранения

Зміст:

I. Загальні відомості

Капустник В.А., Лесовой В.Н., Дацук А.М., Николаева А.А.

**К 160-ЛЕТІЮ ПРОФЕССОРА ТИПЦЕВА
МИТРОФАНА ВАСИЛЬЕВИЧА** 3

Дацук А.М., Добржанська Є.І.

**РОЛЬ ДИСТАНЦІЙНОГО НАВЧАННЯ В СИСТЕМІ
ВИЩОЇ ОСВІТИ** 7

Солошенко Е.М.¹, Роценюк Л. В^{2,5}., Гіржанова І. В.³,

Воронцов В. М²., Тихонова І. О.⁴

**ЩОДО ПЕРСПЕКТИВ РОЗВИТКУ
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В УКРАЇНІ.
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ МОДЕЛЕЙ
МЕДИЧНОГО СТРАХУВАННЯ В РІЗНИХ КРАЇНАХ
СВІТУ** 9

II. Шкірні хвороби

Дацук А.М., Добржанская Е.И.

**СЕБОРЕЙНЫЙ КЕРАТОЗ: КЛИНИКА,
ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ** 17

Дацук А.М., Пустова Н.О.

АНЕТОДЕРМИЯ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ 22

Дацук А.М., Пустова Н.О.

**УРАЖЕННЯ ШКІРИ ПРИ ЛОКАЛІЗОВАНІЙ
СКЛЕРОДЕРМІЇ** 27

Добржанская Е.И., Дацук А.А.

РОЗАЦЕА: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ 31

Добржанская Е.И., Дацук А.А.

**КЕРАТОАКАНТОМА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА,
ЛЕЧЕНИЕ** 34

Добржанская Е.И., Дацук А.А., Деркач Ю.В.

**ГИПЕРТРОФИЧЕСКИЕ РУБЦЫ И КЕЛОИДЫ:
КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ** 37

Добржанская Е.И., Дацук А.А., Деркач Ю.В.

КРАПИВНИЦА: КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ 41

Дюльмезова-Білаш О.О.

**ПАТОГЕНЕТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЛІКУВАННЯ
ПСОРІАЗУ У ЖІНОК** 45

Єрмоленко Т.І., Шаповал О.М., Чорна Н.С.

**ПЕРСПЕКТИВИ ЛІКУВАННЯ ОПІКІВ
ШКІРИ ПРЕПАРАТАМИ, ЩО МІСТЯТЬ
ЕКСТРАКТИ ХАРЧОВИХ РОСЛИН** 57

Іванов С.В.

**ІМПРЕСІЯ ОНІХОМІКОЗІВ НА СОМАТИЧНУ
ПАТОЛОГІЮ – СУЧАСНЕ ВИРШЕННЯ ПРОБЛЕМИ** 64

Кравченко В.Г., Іщейкін К.С., Кравченко А.В., Дащук А.М.,

Роценюк Л.В., Каменев В.І., Васильєва К.В.

**АКТУАЛЬНІСТЬ ОПТИМІЗАЦІЇ
ІНТЕГРАТИВНИХ СТОСУНКІВ
ДЕРМАТО-ВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ СЛУЖБИ
З ЛІКАРЯМИ АКУШЕРАМИ-ГІНЕКОЛОГАМИ
І УРОЛОГАМИ** 73

Макуріна Г.І., Чернеда Л.О.

**ОСОБЛИВОСТІ АНАМНЕЗУ ТА ДЕРМАТОСКОПІЧНИХ
ПАТЕРНІВ ОКРЕМИХ КЛІНІЧНИХ ВАРІАНТІВ
СЕБОРЕЙНОГО КЕРАТОЗУ** 80

Пустова Н.О.

**ПОРОКЕРАТОЗ: СУЧАСНИЙ ПОГЛЯД
НА ЕТІОЛОГІЮ І ПАТОГЕНЕЗ** 86

Пустова Н.О.

**ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ КЛІНІЧНИХ
ВАРІАНТІВ ПОРОКЕРАТОЗА** 91

Пустова Н.О.

**ФОТОТЕРАПІЯ, ЯК ЕФЕКТИВНИЙ МЕТОД
ЛІКУВАННЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ** 96

Почерніна В.В.

РОЛЬ VEGF У РОЗВИТКУ ПСОРИАЗА 102

Роценюк Л.В.

**ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ,
ХВОРИХ НА ІХТІОЗ** 107

<i>Свирид-Дзядикевич О.С., Свирид С.Г., Сологуб Л.В., Наумова Л.О., Ткачишина К.С.</i>	
СУЧАСНІ ПОГЛЯДИ НА ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ З УРАХУВАННЯМ МЕТАБОЛІЧНОЇ АКТИВНОСТІ КЛІТИН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ.	111
<i>Свирид-Дзядикевич О.С., Свирид С.Г.</i>	
ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ СТАНДАРТИЗОВАНОГО ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ВУГРОВУ ХВОРОБУ В КОМБІНАЦІЇ З PRP-ТЕРАПІЄЮ ШЛЯХОМ ВИЗНАЧЕННЯ ЙОГО ВПЛИВУ НА МЕТАБОЛІЧНУ АКТИВНІСТЬ КЛІТИН ПЕРИФЕРИЧНОЇ КРОВІ ТА КЛІНІЧНИЙ ПЕРЕБІГ ДЕРМАТОЗУ.	128
<i>Фаллахи Виам, Тарвердиева Адля</i>	
АКНЕ: КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ	138
<i>Фоміна Л.В.</i>	
СУЧАСНА ОПТИМІЗАЦІЯ ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ	145
<i>Фоміна Л.В.</i>	
ІМУНОПАТОГЕНЕТИЧНІ АСПЕКТИ У ХВОРИХ НА ЕКЗЕМУ	152
<i>Фоміна Л.В.</i>	
ДИФЕРЕНЦІЙОВАНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ НУМУЛЯРНОЇ ЕКЗЕМИ	161
<i>III. Венеричні хвороби</i>	
<i>Волкославська В. М., Унучко С. В., Роценюк Л.В., Григорова Р.М., Намли І. Є., Кутова В. В.</i>	
ХАРКІВЩИНА В 2019-2020 РОКАХ. ПРЕВЕНЦІЯ СИФІЛІСУ У ВАГІТНИХ	166
<i>Іванов С.В., Степаненко В.І., Шупенько М.М., Коржова Т.П.</i>	
СУЧАСНИЙ ПІДХІД ДО КОМПЛЕКСНОГО ЛІКУВАННЯ ЗМІШАНИХ ІНФЕКЦІЙ СЕЧОСТАТЕВОГО ТРАКТУ	170

<i>Кузьміна І.Ю.</i> КЛИНИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКИХ УРОГЕНИТАЛЬНЫХ ИНФЕКЦИЙ У ЖЕНЩИН С МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ	194
<i>Кузьміна І.Ю., Шутова Н.А.</i> РОЛЬ ЖИРОВОЇ ТКАНИНИ У РОЗВИТКУ ПОСІДНАНИХ ФОРМ ГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ НА ФОНІ МЕТАБОЛІЧНОГО СИНДРОМУ	201
<i>Кузьміна І. Ю., Кузьміна О.О.</i> ІМУНОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПАТОГЕНЕЗУ РОЗВИТКУ САЛЬПІНГІТІВ МІКОПЛАЗМЕНОЇ ЕТІОЛОГІЇ	210
<i>Шевченко О. П., Бардов П. В., Головченко Д.Я., Коржова Т. П.</i> ДОЦІЛЬНІСТЬ ЗАСТОСУВАННЯ ТІОТРИАЗОЛІНУ В ЛІКУВАННІ ХРОНІЧНОГО ПРОСТАТИТУ І ПРОСТАТОВЕЗИКУЛІТУ, УСКЛАДНЕНИХ ПОРУШЕННЯМ КОПУЛЯТИВНОЇ ТА РЕПРОДУКТИВНОЇ ФУНКЦІЇ	217
<i>IV. ВІЛ/СНІД-інфекції</i> <i>Дащук А.М., Куцевляк Л.О.</i> ПОРАЖЕНИЯ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ, ВЫЗЫВАЕМЫЕ ПРОСТЕЙШИМИ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД –ИНФЕКЦИИ	228
<i>Дащук А.М., Куцевляк Л.О.</i> ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ НА ФОНЕ ВИЧ/СПИД-ИНФЕКЦИИ	242
<i>Денисенко О.І., Карвацька Ю.П., Денисенко О.В.</i> ЧАСТОТА ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ НА РІЗНИХ КЛІНІЧНИХ СТАДІЯХ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДу У ЖИТЕЛІВ ЧЕРНІВЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ	250
<i>Ключник І.О., Чумаченко Т.О., Семішев В.І.,</i> ГЕНДЕРНА ТА ВІКОВА СКЛАДОВІ ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ В УМОВАХ ГУМАНІТАРНОЇ КРИЗИ НА СХОДІ УКРАЇНИ	255

Степаненко В.І., Іванов С.В, Раздайбєдін С.М., Пуришкіна О.Д., Коновалова Т.С. СВІТОВІ ТА НАЦІОНАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ/СНІДУ: ШЛЯХИ І НАПРЯМКИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ	261
<i>V. Інфекції, при яких уражаються інші органи і системи</i>	
<i>Бережна А. В., Чумаченко Т. О.</i> ДЖЕРЕЛА ІНФЕКЦІЇ ІЗОЛЯТИВ STAPHYLOCOCCUS AUREUS У КОНТЕКСТІ КАТЕТЕР-АСОЦІЙОВАНИХ ІНФЕКЦІЙ КРОВОТОКУ: РОЛЬ МІКРОБІОЛОГІЧНОГО МОНІТОРИНГУ В ЛІКУВАЛЬНО-ПРОФІЛАКТИЧНОМУ ЗАКЛАДІ	290
<i>Карабан О.М., Малий В.П., Куцевляк С.В.</i> ХАРАКТЕРИСТИКА ЕПІДЕМІЧНОГО ПРОЦЕСУ КОРОНАВІРУСНОЇ ХВОРОБИ, ВИКЛИКАНОЇ COVID-19	295
<i>Федоренко О.Є., Коляденко К.В.</i> ПАНДЕМІЯ COVID 19 ТА САМООЦІНКА МЕДИКАМИ ЯКОСТІ ВЛАСНОГО ЖИТТЯ.	310
<i>Федоренко О.Є., Коляденко К.В.</i> ПОРІВНЯЛЬНА САМООЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПАЦІЄНТІВ ТА МЕДИКІВ В УМОВАХ ПАНДЕМІЇ COVID 19.	324
<i>VI. Тези</i>	
<i>Алі Л.М., Дюдюн А.Д. Поліон Н.М.</i> ОСОБЛИВОСТІ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ТА ПРОФІЛАКТИКИ МІКРОСПОРІЇ У ДІТЕЙ	339
<i>Дюдюн А.Д. Поліон Н.М.</i> ЧАСТОТА ВИЯВЛЕННЯ ІПСШ У ХВОРИХ НА АРТРОПАТИЧНИЙ ПСОРИАЗ	340
<i>Поліон Н.М., Дюдюн А.Д.</i> ПАТОГЕНЕТИЧНИЙ ПІДХІД ДО ТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПАПІЛОМА-ВІРУСНУ ІНФЕКЦІЄЮ	341

Салей О.А., Дюдюк А.Д., Поліон Н.М.

**ЕПІДЕМІОЛОГІЧНА ХАРАКТЕРИСТИКА ТА
ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ НА ОНІХОМІКОЗ
ПОХИЛОГО ВІКУ**

342

ЗМІСТ

345

Актуальні питання дерматології, венерології та ВІЛ/СНІД інфекції

Матеріали наукової конференції
присвяченої 160-річчю професора Типцева М.В.
(Українською, російською та англійською мовами)

Редактор *Дащук А. М.*
Комп'ютерна верстка *Плотнікова С. О.*

Формат 60x84 1/16.
Папір офсетний. Друк офсетний.
Ум. друк. арк. . Обл.-вид. арк. 12,82.
Наклад 300 прим. Зам. № МО-33/20.

Видавництво «ЕСТЕТ ПРІНТ»
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №6381 від 3.09.18 р.

Віддруковано в друкарні ТОВ «ЕСТЕТ ПРІНТ»
61093, м. Харків, вул. Рилєєва, 60
Тел.: (050) 831-58-36