УДК 615.9:615.099

І.Д.Герич[1], проф., М.М.Чемерис[1], Н.Є.Городиловський[1], Б.С.Шейман[2], д.м.н.

ЕПІДЕМІОЛОГІЯ ТОКСИЧНИХ УРАЖЕНЬ ШКІРИ У ЦИВІЛЬНОГО НАСЕЛЕННЯ В УРБАНІЗОВАНОМУ МІСТІ

[1]Обласний шкірно-венерологічний диспансер, м. Львів
[2]Інститут екогігієни і токсикології ім. Л.І.Медведя, м. Київ

Бурхливий розвиток хімічної галузі народного господарства у розвинутих країнах світу, стрімке зростання показників хімізації харчової та промислової індустрії обумовили прогресуюче надходження десятків тисяч нових хімічних сполук у сферу життєдіяльності людини [1] . Поряд з цим зростаюче токсичне навантаження на суспільство, особливо в урбанізованих містах, вимушена постійна асоціація людини з хімічними речовинами та їх сполуками викликали різноманітні форми токсичного ураження цивільного населення та негативно віддзеркалилася на статистичних показниках здоров'я в усіх країнах, та в Україні зокрема [2] . Саме тому зараз активно вивчається проблема екозалежної патології, яка з'ясовує закономірності та особливості взаємозв'язків між станом здоров'я людини та різними факторами забруднення навколишнього середовища [3,4] . На сучасному етапі багатьма дослідниками вже отримані доказові результати про негативний вплив зростаючого токсичного навантаження на здоров'я не тільки теперішнього, але й майбутніх поколінь [7] . На тлі такого контакту у людини виникають стійкі та небезпечні порушення в адаптаційних антитоксичних системах, що обумовлює виникнення вторинних захворювань та веде до різних розладів гомеостазу [5,6].

Серед негативних проявів впливу хімічних речовин на людину одне з провідних місць займають токсичні ураження шкіри — токсикодермії [2] . Дерматотоксичність — це властивість хімічних речовин під час дії на організм немеханічним шляхом викликати пошкодження шкіри. Переважне пошкодження шкіри хімічними речовинами може виникати в результаті двох основних механізмів: контактного та резорбтивного. Контактний механізм пошкодження виникає в результаті безпосередньої взаємодії шкіри з речовинами (формальдегід, феноли, аміни, кислоти, луги та ін.). Резорбтивний механізм дерматотоксичності обумовлений проникненням речовин у внутрішні середовища організму з розвитком системних реакцій, які опосередковано формують у більшості випадків симетричні, дифузні прояви ураження шкіри (полігалогенізовані діоксини, дібензофурани, нікель, берилій та ін.). Серед системних проявів токсичних уражень шкіри провідне місце займають алергічні реакції. Саме тому в структурі нозологічних форм токсикодермій найбільш поширена група належить алергодерматозам, які складають близько 30 % від загальної кількості та мають тенденцією до щорічного зростання [7].

Проте в офіційній статистиці і медичній літературі недостатньо висвітлені епідеміологічні показники захворювань на токсикодермію. Недостатньо також досліджені параметри виникнення та розвитку токсичних реакцій як основної ланки патогенезу у хворих на токсикодермію у залежності від механізмів пошкоджуючої дії хімічної речовини. Вирішення зазначених вище питань дозволять оцінити масштаби цієї проблеми в Україні, визначити шляхи та скерованість подальших наукових досліджень для підвищення ефективності заходів терапії та профілактики.

Метою роботи було обґрунтувати скерованість подальшої розробки заходів терапії та діагностики токсичних уражень шкіри шляхом вивчення динаміки деяких епідеміологічних показників та дослідження параметрів токсикозу при токсикодерміях у цивільного населення урбанізованого міста.

Матеріали і методи дослідження Нами були проведені ретроспективні дослідження медичної документації 501 хворого на токсикодермію, які зверталися за медичною допомогою на госпітальну або амбулаторно-поліклінічну лікувальну базу, м. Львів, за період 1997-2006 рр. Серед епідеміологічних параметрів були досліджені показники захворюваності та поширеності токсичних уражень шкіри.

Показник захворюваності (K) вираховували за формулою $K = n \cdot 1000 / N$ [8], де n — кількість захворювань на токсикодермію, що зареєстровано вперше в даному році (гострі та вперше виявлені хронічні); N — середньорічна чисельність населення міста.

Показник поширеності (V) вираховували за формулою $V = L \cdot 1000 / N$ [8], де L — кількість усіх зареєстрованих протягом року захворювань на токсикодермію (гострі та хронічні) в цьому і попередніх роках; N — середньорічна чисельність населення міста.

Параметри токсикозу, тип реактогенності системної відповіді та наявність сенсибілізації у хворих на токсикодермію при надходженні до лікувальної бази (початковий етап госпіталізації або звернення до поліклініки) вивчали за допомогою лейкоцитарної формули та розрахункових індексів — ядерного, гематологічного та лейкоцитарного інтоксикації, реакції системної відповіді та сенсибілізації.

- Лейкоцитарний індекс інтоксикації (ЛІІ): у здорової людини складає 1,5 од. Підвищення більше, ніж 1,5 од. вказує на наявність токсемії (у більшості випадків бактеріального походження).
- Ядерний індекс інтоксикації (ЯІІ): у здорової людини складає менше 0,1 од. Підвищення більше, ніж 0,1 од. вказує на наявність токсемії (у більшості випадків на її тяжкий перебіг з грубими порушеннями клітинних структур).
- Гематологічний індекс інтокси-

кації (ГІІ): у здорової людини складає 0.8 од. Підвищення більше, ніж 0,8 од. вказує на наявність токсемії.

- Індекс реакції системної відповіді (ІР): в межах від 13 до 23 од. вказує на нормальний тип відповіді; менше 13 — на гіперергічний; більше 23 — уповільнений.
- Індекс сенсибілізації (ІС): менше 2 од. вказує на відсутність сенсибілізації організму; більше 2 од. — на її наявність.

Результати та їх обговорення

1.Епідеміологічні дослідження.

Результати епідеміологічних досліджень надані у табл. 1.

Як свідчать отримані дані, за останнє десятиріччя спостерігається чітка тенденція до зростання показника захворюваності на токсикодермію від 0,035 (1997 р.) до 0,09 (2006 р.). Аналогічна тенденція визначена при аналізі показника поширеності токсикодермії, який зріс з 0,037 (1997 р.) до 0,13 (2006 р.).

Результати дослідження вікових груп хворих на токсикодермію та їх динаміки надані у табл. 2.

При дослідженні вікової структури хворих на токсикодермію нами встановлено, що за 10 років відбулося зменшення майже в 2 рази парціальної долі хворих на токсикодермію у віці 15 — 24 роки — з 16,13 % (1997 р.) до 8,42 % (2006 р.). Нестабільні тенденції спосте-рігалися у вікових групах хворих на токсикодермію старше 45 років та 55 — 64 роки. В інших вікових групах кількість хворих на токсикодермію мала тенденцію до зростання. Важливим є отримані дані про зростання загальної кількості хворих на токсикодермію за термін спостереження з 31 (1997 р.) до 95 (2006 р.).

Результати дослідження показників статевої приналежності та його динаміки у хворих на токсикодермію надані у табл. 3.

Вивчення захворюваності на токсикодермію за статтю показало, що у жінок це захворювання зустрічається частіше в порівнянні з чоловіками (55 % та 45 %, відповідно).

Результати дослідження соціальної та професійної структури та їх динаміки у хворих на токсикодермію надані у табл. 4.Як свідчать

Таблиця 1

Динаміка деяких епідеміологічних показників у хворих на токсикодермію за період 1997-2006 р.р.

Параметр	Роки									
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Чисельність населення, тис	840	830	814	810	757,3	755	753,3	751	752.3	751,1
Захворюваність	0,035	0,031	0,034	0,03	0,044	0,053	0,06	0,063	0,09	0,09
Поширеність	0,037	0,034	0,038	0,035	0,046	0,06	0,07	0,08	0,13	0,13

Таблиця 2

Вікова характеристика хворих на токсикодермію за період 1997-2006 р.р. *

Вік (роки)	Кількість	Роки									
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
15-24	абс.	5	5	5	5	7	11	9	4	10	8
	%	16,13	16,13	16,13	17,24	20	23,91	16,98	6,9	10,53	8,42
25-34	абс.	5	10	4	5	7	12	6	14	26	22
	%	16,13	35,72	12,8	17,24	20	26,09	11,32	24,14	27,37	23,16
35-44	абс.	9	5	7	7	10	4	9	17	20	32
	%	29,03	17,86	22,59	24,14	28,58	8,69	16,98	29,31	21,05	33,68
45-54	абс.	5	2	6	7	8	8	18	10	14	12
	%	16,13	7,14	19,44	24,14	22,85	17,39	33,96	17,24	14,74	12,63
55-64	абс.	4	9	6	2	2	5	7	5	15	11
	%	12,8	32,14	19,44	6,9	5,71	10,87	13,3	8,62	15,78	11,58
>64	абс.	3	2	3	3	1	6	4	8	10	10
	%	9,6	7,14	9,6	10,34	2,86	13,05	7,55	13,79	10,53	10,53
Всього	абс.	31	28	31	29	35	46	53	58	95	95
	%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

*Примітка: відсоток вираховували на кількість хворих на токсикодермію за рік

Таблиця 3

Розподіл хворих на токсикодермію за статтю

Стать	Кількість	Роки									
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Жінки	абс.	17	19	18	17	15	23	31	37	51	52
	%	54,8	67,8	58,06	58,6	42,8	50	58,5	63,8	53,7	54,7
Чоловіки	абс.	14	7	13	12	25	23	22	21	44	43
	%	45,2	32,2	41,94	41,4	57,2	50	41,5	36,2	46,3	45,3
Всього	абс.	31	28	31	29	35	46	53	58	95	95

отримані дані, значний відсоток хворих на токсикодермію спостерігається серед науковців, медичних працівників та робочих. При цьому найбільш чіткі тенденції до зростання токсичних уражень шкіри за період 10 років ми визначили у наукових робітників — з 3,24 (1997 р.) до 21,05 (2006 р.).

Дослідження етіологічних чинників токсикодермій та їх динаміки надано у табл. 5.

Встановлено, що медикаментозний чинник був найбільш частою причиною виникнення токсикодермії у постраждалих протягом всіх років дослідження. Речовини побутової хімії як етіологічний чинник виникнення токсикодермій зустрічалися значно рідше. При цьому ми спостерігали поступове зростання ролі харчових чинників у виникненні токсикодермій — з 16,12 % (1997 р.) до 24,31 % (2006 р.) та зниження ролі інфекційних чинників — з 12,9 % (1996 р.) до 7,39 % (2006 р.).

При дослідженні та систематизації нозологічної структури токсикодермій нами були отримані наступні результати (рис. 1).

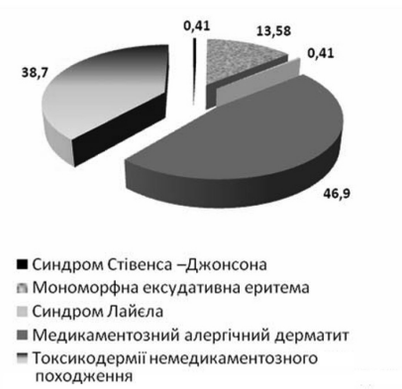

Рис. 1. Структура нозологічних форм захворювань на токсикодермію (%).

Встановлено, що провідна роль в структурі нозологічних форм токсикодермій належала медикаментозним алергічним дерматитам — 235 випадків (46,9 %). Мономорфна ексудативна еритема посіла друге місце і склала 68 випадків від загальної кількості хворих з токсичними ураженнями шкіри (13,58 %). Вкрай тяжкі форми перебігу токсикодермій — синдроми Стівена-Джонсона та Лайєла спостерігалися лише у поодиноких випадках (0,41 % від загальної кількості).

2. Дослідження параметрів токсикозу, реактогенності системної відповіді та параметрів сенсибілізації.

Результати досліджень токсикозу у хворих на токсикодермію на етапі надходження до лікувальних баз надані в табл. 6 та рис. 2-4.

Як свідчать отримані результати,

Таблиця 4

Розподіл хворих на токсикодермію за соціальним та професійним статусом

Соціальний та професійний статус	Кількість	Роки									
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Студенти	абс.	5	–	5	5	7	9	7	4	7	6
	%	16,13	–	16,13	17,24	20	19,56	13,3	6,89	7,38	6,32
Пенсіонери	абс.	7	11	9	5	3	11	10	12	20	16
	%	22,58	39,29	29,04	17,24	8,57	23,92	18,87	20,69	21,05	16,83
Безробітні	абс.	4	3	2	4	5	5	6	6	10	14
	%	12,9	10,71	6,45	13,79	14,29	10,87	11,32	10,34	10,53	14,74
Робочі	абс.	6	3	3	4	4	4	6	7	15	15
	%	19,35	10,71	9,68	13,79	11,43	8,69	11,32	12,08	15,79	15,79
Службовці	абс.	4	3	4	2	8	7	10	11	13	14
	%	12,9	10,71	12,9	6,89	22,85	15,22	18,87	18,97	13,67	14,74
Науковці	абс.	1	3	4	2	5	5	8	12	20	20
	%	3,24	10,71	12,9	6,89	14,29	10,87	15,09	20,69	21,05	21,05
Медичні працівники	абс.	4	5	4	7	3	5	6	6	10	10
	%	12,9	17,87	12,9	24,16	8,57	10,87	11,32	10,34	10,53	10,53
Всього	абс.	31	28	31	29	35	46	53	58	95	95

Таблиця 5

Структура етіологічних чинників та її динаміка у хворих на токсикодермію

Етіологічний чинник	Кількість	Роки									
		1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006
Медикаментозний	абс.	14	13	15	13	19	20	25	34	40	42
	%	45,17	46,43	48,39	44,83	54,28	43,49	47,17	58,62	42,1	44,19
Харчовий	абс.	5	7	3	7	4	4	19	17	25	23
	%	16,12	25	9,68	24,14	11,43	8,69	35,85	29,31	26,3	24,21
Побутова хімія	абс.	8	6	9	6	7	14	6	5	23	23
	%	25,9	21,43	29,03	20,69	20	30,43	11,32	8,62	24,21	24,21
Інфекційний	абс.	4	2	4	3	5	8	3	2	7	7
	%	12,9	7,14	12,9	10,34	14,29	17,39	5,66	3,45	7,39	7,39
Всього	абс.	31	28	31	29	35	46	53	58	95	95

майже всі нозологічні форми токсикодермій мали достовірні індивідуальні особливості розвитку та лабораторних проявів щодо наявності та виразності токсикозу. Так рівні ЛІІ були достовірно нижчими у хворих з синдромами Стівенса-Джонсона та Лайєла (1 та 2 група), ніж такі у пацієнтів з мономорфною ексудативною еритемою, медикаментозним та неуточненим дерматитом (3-5 група). Аналогічна характеристика спостерігалася нами при дослідженні ГІІ. Проте ЯІІ не виявив достовірних відмінностей між нозологічними формами токсикодермій.

У всіх хворих на токсикодермію індекс реактогенності відповідав гіперергічному типу реакції організму, проте цей тип був більше виразний у пацієнтів 3-5 групи у порівнянні з таким у 1-2 групі.

Дослідження індексу сенсибілізації (ІС) дозволило встановити наявність останньої у хворих 1 та 2 групи. При цьому пацієнти 3-5 групи, у відповідності до отриманих результатів рівню ІС, проявів сенсибілізації не мали.

Про індивідуальні особливості проявів токсикозу свідчать також й результати дослідження кореляційної залежності між рівнями індексів токсичності та нозологічними формами токсикодермій (рис. 2-6).

Встановлено, що підвищений рівень ЛІІ (>1,5) достовірно корелює з діагнозами у хворих — мономорфна ексудативна еритема, медикаментозний та неуточнений дерматит (r= +0,27). Полоси регресії вказують на вірогідність достовірної кореляції діагнозу синдром Лайєла з ЛІІ на межі 1,5 (рис. 2).

Встановлено, що підвищений рівень ГІІ (>6,0 од.) достовірно корелює з діагнозами у хворих — мономорфна ексудативна еритема, ме-

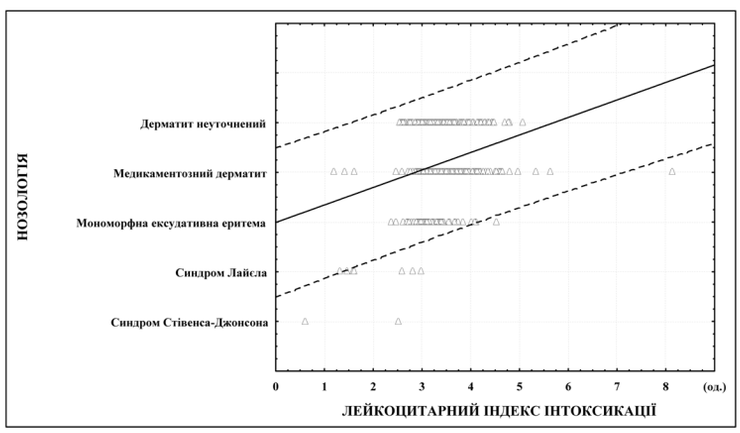

Рис. 2. Кореляційна залежність між нозологічними формами токсикодермії та рівнем ЛІІ

Таблиця 6

Динаміка параметрів токсикозу у хворих на токсикодермію на початковому етапі лікування (M±m)

Параметр	Синдром Стівенса-Джонсона	Синдром Лайєла	Мономорфна ексудативна еритема	Медикаментозний дерматит	Дерматит неуточнений
	1 група	2 група	3 група	4 група	5 група
Лейкоцитарний індекс інтоксикації	1,89±0,52 *** **** *****	2,06±0,25 *** **** *****	3,20±0,05 * ** **** *****	3,52±0,04 * ** ***	3,50±0,03 * ** ***
Ядерний індекс інтоксикації	0,51±0,23	0,27±0,04	0,25±0,01	0,21±0,01	0,20±0,01
Гематологічний індекс інтоксикації	4,08±1,48	3,75±1,06 *** **** *****	6,36±0,16 ** ****	6,79±0,10 **	6,70±0,10 **
Індекс реактогенності системної відповіді	5,69±1,96	9,80±3,48 *** ****	2,60±0,08 **	2,83±0,06 **	2,98±0,06
Індекс сенсибілізації	1,47±0,49 *** **** *****	1,34±0,15 *** **** *****	2,74±0,06 * ** **** *****	3,02±0,05 * ** ***	2,94±0,03 * **

Примітки:
1. * — відмінності між зазначеним параметром та таким у 1-й групі є достовірні (p<0.05)
2. ** — відмінності між зазначеним параметром та таким у 2-й групі є достовірні (p<0.05)
3. *** — відмінності між зазначеним параметром та таким у 3-й групі є достовірні (p<0.05)
4. **** — відмінності між зазначеним параметром та таким у 4-й групі є достовірні (p<0.05)
5. ***** — відмінності між зазначеним параметром та таким у 5-й групі є достовірні (p<0.05)

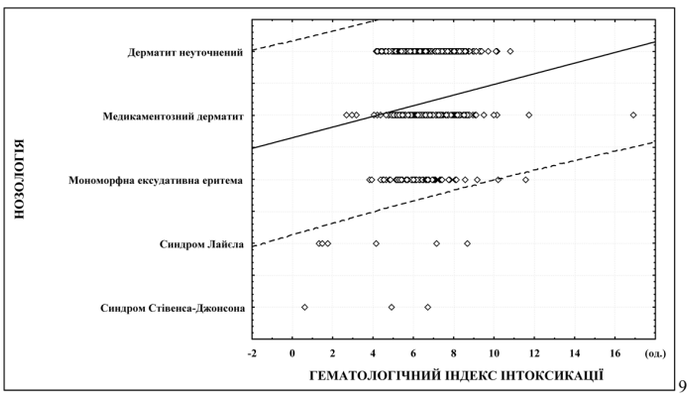

Рис. 3. Кореляційна залежність між нозологічними формами токсикодермії та рівнем ГІІ

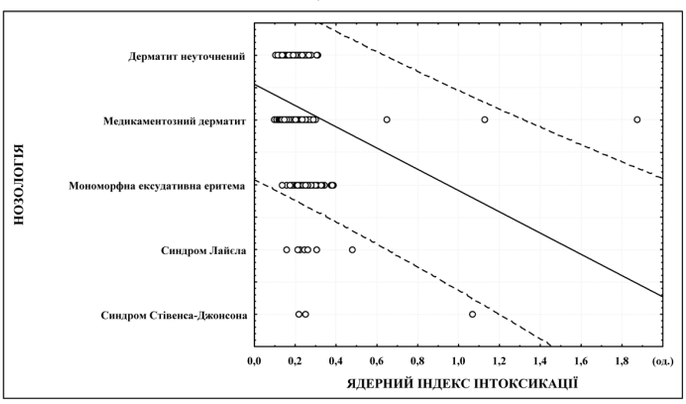

Рис. 4. Кореляційна залежність між нозологічними формами токсикодермії та рівнем ЯІІ

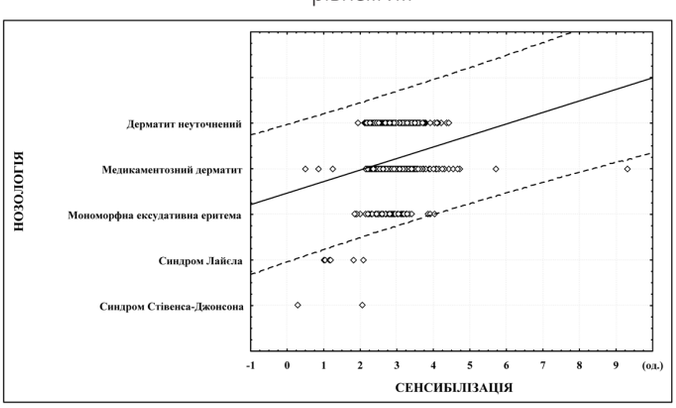

Рис. 5. Кореляційна залежність між нозологічними формами токсикодермії та рівнем індексу сенсибілізації

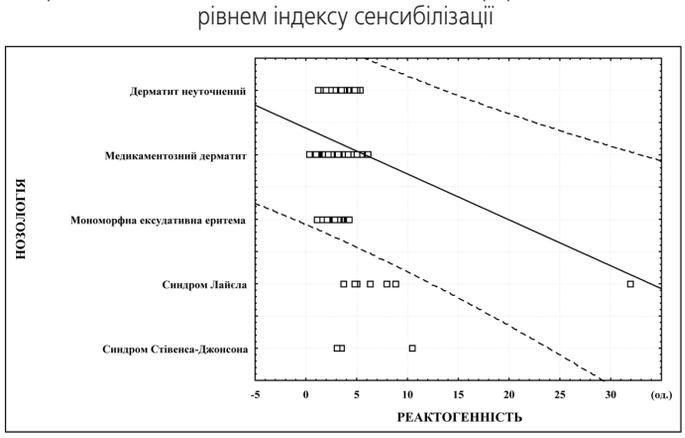

Рис. 6. Кореляційна залежність між нозологічними формами токсикодермії та рівнем індексу реактогенності системної відповіді

дикаментозний та неуточнений дерматит (r=+0,16). Полоси регресії вказують на відсутність вірогідної кореляційної залежності між рівнями ГІІ та діагнозами синдром Лайєла, Стівенса-Джонсона (рис. 3).

Встановлено, що підвищений рівень ЯІІ (>0,20) достовірно корелює з діагнозами у хворих — мономорфна ексудативна еритема, медикаментозний та неуточнений дерматит (r= -0,23). Полоси регресії вказують на вірогідність достовірної кореляції між діагнозами синдром Лайєла, Стівенса-Джонсона та рівнями ЯІІ за межею більше 0,6 (рис. 4).

Встановлено, що рівень індексу сенсибілізації, який свідчить про наявність останньої в організмі хворих, достовірно корелює з діагнозами мономорфної ексудативної еритеми, медикаментозного та неуточненого дерматиту (r= +0,21; рис. 5).

Встановлено, що рівень індексу реактогенності, який свідчить про гіперергічний тип системної відповіді у хворих, достовірно корелює з діагнозами мономорфної ексудативної еритеми, медикаментозного та неуточненого дерматиту (r= -0,15). Полоси регресії вказують на вірогідність достовірної кореляції між діагнозами синдром Лайєла, Стівенса-Джонсона та рівнями ІР за межею більше 12,5, що відповідає нормальному типу реактогенності системної відповіді у цих пацієнтів (рис. 6).

Зростаюче токсичне навантаження на суспільство, яке відбувається в усіх розвинутих країнах в результаті широкої хімізації різних галузей народного господарства, викликало різноманітні форми токсичного ураження цивільного населення та негативно віддзеркалилося на статистичних показниках здоров'я. Токсичні ураження шкіри займають провідне місце серед негативних проявів впливу хімічних речовин на людину.

Нами були проведені дослідження медичної документації 501 хворого на токсикодермію, які зверталися за медичною допомогою на госпітальну або амбулаторно-поліклінічну лікувальну базу, м. Львів, за останнє 10-річчя, та визначені захворюваності та поширеності токсичних уражень шкіри. Були вивчені та проаналізовані параметри токсикозу, типів реактогенності системної відповіді та наявність сенсибілізації у хворих на токсикодермію

при надходженні до лікувальної бази.

Встановлено, що за останнє десятиріччя спостерігається чітка тенденція до зростання показника захворюваності на токсикодермію та поширеності з 0,035 до 0,09 та з 0,037 до 0,13, відповідно. Відбулося значне зменшення частки хворих на токсикодермію у віці 15 — 24 роки (з 16,13 % до 8,42 %). В інших вікових групах кількість хворих на токсикодермію мала коливання чисельності або тенденції до зростання. В цілому за період дослідження відбулося зростання загальної кількості хворих на токсикодермію з 31 до 95 випадків. В статевій структурі захворювань на токсикодермію превалювали жінки (55 %), а в соціальній і професійній структурі — науковці, медичні працівники та робочі. Медикаментозні препарати та засоби побутової хімії посідали лідируючі позиції серед етіологічних чинників токсикодермій протягом всіх років дослідження, а медикаментозний алергічний дерматит та мономорфна ексудативна еритема займали перші місця серед нозологічних форм токсикодермій протягом усіх років дослідження.

Дослідження показників токсикозу виявило наявність токсемії та її виразність, тип реакцій системної відповіді на дію етіологічного чинника захворювання та прояви сенсибілізації, які мали свої особливості у залежності від нозологічних форм токсикодермії. Так рівні ЛІІ та ГІІ були достовірно нижчими у хворих з синдромами Стівенса-Джонсона та Лайєла, ніж такі у пацієнтів з мономорфною ексудативною еритемою, медикаментозним та неуточненим дерматитом. У більшості хворих на токсикодермію рівень реакції системної відповіді був гіперергічного типу, при цьому цей тип був найбільш характерним для пацієнтів з мономорфною ексудативною еритемою, медикаментозним та неуточненим дерматитом у порівнянні з таким у хворих з синдромами Стівенса-Джонсона та Лайєла. При дослідженні індексу сенсибілізації встановлено наявність останньої у хворих з синдромами Стівенса-Джонсона та Лайєла; при цьому пацієнти з мономорфною ексудативною еритемою, медикаментозним та неуточненим дерматитом не мали проявів сенсибілізації.

Висновки

1. За період 1997-2006 р.р. у м. Львові відбулося зростання показників поширеності та захворюваності на токсикодермію серед цивільного населення, особливо серед працездатного населення у віці 25-45 років.
2. Найбільш виразне зростання токсичних уражень шкіри зареєстровано у людей жіночої статі, медичних працівників, науковців та робочих.
3. Медичні препарати та засоби побутової хімії є найбільш розповсюдженими чинниками токсичного ураження шкіри серед цивільного населення.
4. Наявність токсемії та її виразність, тип реактогенності системної відповіді на дію етіологічного чинника захворювання та прояви сенсибілізації мають особливості прояву в залежності від нозологічних форм токсикодермії.

ЛІТЕРАТУРА

1. Сердюк А. М., Звиняцков Я. И., Бердник О. В. Факторы окружающей среды как факторы риска для здоровья населения: результаты эпидемиологических исследований, пути их расширения и углубления // Лікарська справа. — 1996. — № 2. — С. 3-6.
2. Мавров І. , Савенкова В. Особенности патогенеза и терапии больных аллергодерматозами жителей промышленных регионов// Doctor. — 2005. — №1. — С.15- 17.
3. Набивач В. М., Герасименко В. О. Якість автобензинів та екологічна безпека // Довкілля і здоров'я. — 2002. — №2(21). — С. 26-28.
4. Барановський В.А., Руденко Л.Г. Забруднення природного середовища / Карта НВП "Картографія". — К.: Укргеодезкартографія, 1996. — 1 с.
5. Горова А. І., Бобир Л. Ф., Скворцова Т. В. та ін. Нові підходи до оцінки стану здоров'я населення та генетичного ризику у зв'язку з забрудненням навколишнього середовища / Екологія і природокористування: Збірник наукових праць Інституту проблем природокористування та екології НАН України. — Дніпропетровськ. — 2000. -Вип. 2.- С. 98-105.
6. Лунга И. Н. Анализ генотоксических воздействий на показатели репродуктивной функции в семьях работников химического производства // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. — 1996. — №1. — С. 10-14.
7. Пухлик Б.І. Аллергические заболевания — недооцененная проблема // Doctor. — 2003. — №6. — С.5- 7.
8. Вороненко Ю.В., Москаленко В.Ф. Соціальна медицина та організація охорони здоров"я. — Тернопіль. "Укрмедкнига", 2000. — С.141- 149.

И.Д.Герич, М.М.Чемерис, Н.Е.Городиловский, Б.С.Шейман

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ ТОКСИЧЕСКИХ ПОРАЖЕНИЙ КОЖИ У ГРАЖДАНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ В УРБАНИЗИРОВАННОМ ГОРОДЕ

Изучены эпидемиологические показатели токсикодермии в г. Львове за 10 лет. Установлен рост показателей распространенности и заболеваемости, особенно у людей в возрасте от 25 до 45 лет. Токсикодермия чаще встречается у женщин, чем у мужчин и в 50% случаев этиологическим фактором является лекарственное средство. Значительная часть больных токсикодермией наблюдается среди научных и медицинских работников, рабочих. В нозологической структуре лидирующие позиции занимает медикаментозный аллергический дерматит. Учитывая рост заболеваемости токсикодермией в г. Львове за последние 10 лет, разработка новых критериев диагностики и лечения токсикодермий является актуальной задачей современной медицины.

I.D.Gerich, M.M.Chemeris, N.E.Gordilovsky, B.S.Sheyman

EPIDEMIOLOGY OF TOXIC DEFEATS OF SKIN AT CIVILIANS IN THE URBANIZED CITY

Epidemiological parameters toxicodermiae in Lvov for 10 years are investigated. Growth of parameters of prevalence and diseases is established, is especial at people in the age of from 25 till 45 years. Toxicodermiae meets at women is more often, than at men and in 50 % of cases etiological the factor is the medicamentous preparation. The significant part of patients with toxicodermiae is observed among science and medical officers and also working people. In nozological to structure leading positions borrows (occupies) medicamentous allergic dermatitis. Taking into account growth of diseases токсикодермией in Lvov for last 10 years, development of new criteria of diagnostics and treatment toxicodermiae is an actual problem of modern medicine.