SƏHİYYƏNİN TƏŞKİLİ | **ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ** | **ORGANIZATION OF HEALH CARE**

ОЦЕНКА ПРОБЛЕМЫ, ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ДИАГНОСТИКИ И ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ, СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КОНТРОЛЯ, ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРИНЦИПОВ ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКУ И ЛЕЧЕНИЕ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В АЗЕРБАЙДЖАНЕ

Алиев Ф.А., Бабаева С.Г.
faxri1969@gmail.com
mob: +994557998578

Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей имени А. Алиева, кафедра дерматовенерологии, Баку, Азербайджан

В последние годы в Азербайджане происходит бурный рост заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), несмотря на, проведение ряда организационных мероприятий для социальной защиты больных и оказания практической помощи органам и учреждениям здравоохранения. В данной статье представлены ряд инструкций, с которыми должны быть ознакомлены дерматовенерологи в целях совершенствования контроля за ИППП и улучшения оказания медицинской помощи больным, и также даны рекомендации: руководителям территориальных органов здравоохранения; управлению медицинской помощи населению; планово-финансовому управлению Минздрава; управлению профилактической медицины.
Ключевые слова: ИППП, эпидемиология, организация здравоохранения.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и борьба с ними являются стержневыми аспектами охраны сексуального и репродуктивного здоровья. Многие из более чем 30 бактериальных, вирусных и паразитарных патогенов, инфицируемых половым путем передаются, главным образом, при половых контактах. Некоторые также передаются от матери ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания. Ежедневно более 1 млн. человек приобретают ИППП. По оценкам Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), ежегодно 357 млн. человек приобретают одну из четырех ИППП – хламидиоз (131 млн.), гонорею (78 млн.), сифилис (5,6 млн.) или трихомониаз (143 млн.). Более 500 млн. человек живут с инфекцией

генитального герпеса (вирус простого герпеса – ВПГ). На любой момент времени более 290 миллионов женщин инфицированы вирусом папилломы человека (ВПЧ), которая увеличивает вероятность развития рака шейки матки, являющегося второй ведущей причиной смерти у женщин во всем мире от онкологических заболеваний, ежегодно уносящих жизни 240 тыс. женщин [1, 3].

В мае 2015 г. 68-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения провела окончательный обзор прогресса в осуществлении глобальной стратегии по профилактике ИППП, и борьбе с ними на 2006-2015 годы. Были отмечены достижения и успехи в проведении мероприятий и программ, включая борьбу с папилломавирусом человека и действия, направленные на глобальную ликвидацию врожденного сифилиса. Были также обозначены нерешенные проблемы, такие как выделение финансовых и людских ресурсов в целях включения в программы вопросов оказания услуг, связанных с ИППП, в контексте движения ко всеобщему охвату медико-санитарным обслуживанием [2].

Глобальная стратегия профилактики ИППП и борьбы с ними на период 2006-2015 гг. содержала два компонента – технический и информационно-разъяснительный. В технической части стратегии рассматривались методы содействия утверждению безопасного полового поведения, методы барьерной защиты, эффективная и доступная помощь при ИППП, а также совершенствование мониторинга и оценки программ борьбы с ИППП [4].

2–4 августа 2010 года в Любляне (Словения) на технической консультации по повышению уровня профилактики и контроля ИППП в Европейском регионе ВОЗ были предприняты необходимые шаги по созданию технического потенциала систем здравоохранения в рамках реализации программы «Глобальной стратегии» [5]. Акцентирован подход с позиций общественного здравоохранения, основанный на убедительных научных данных и принципах экономической эффективности. Были выработаны рекомендации для руководителей программ по подходам к мобилизации политической

приверженности на высоком уровне, являющейся важной основой для ускорения принятия ответных мер. Наибольшая частота ИППП отмечена среди маргинальных групп населения, чей доступ к медицинской помощи сопряжен с особыми проблемами. Приводятся убедительные доводы в пользу более широкого предоставления качественной помощи больным ИППП в учреждениях первичной медико-санитарной помощи в рамках профилактики сифилиса и программы контроля гонококковых инфекций, резистентных к противомикробным препаратам (GRASP), расширения служб сексуального и репродуктивного здоровья и служб помощи при ВИЧ, гепатите С, венерической лимфогранулеме [5, 6].

Рост этих заболеваний, в частности хламидиоза, герпеса, микоплазмоза во всем мире даже превосходит рост венерических инфекций первого поколения. Данные, полученные в научных центрах Азербайджана, подтверждают высокую распространенность "новых" инфекций. В частности, хламидийная инфекция среди пациентов дерматовенерологических учреждений встречается в 2 – 3 раза чаще гонореи, а также сопутствует примерно 1/3 случаев гонококковой инфекции. По данным ряда авторов хламидиоз диагностируется у каждой второй женщины с хроническими воспалительными заболеваниями, у 57% женщин, страдающих бесплодием, у 87,3% женщин, у которых отмечается невынашивание беременности [7]. Микоплазмоз – соответственно 30-40-50% случаев [8].

Актуальность вопросов. Среди причин, приведших к резкому скачку заболеваемости, следует указать произошедшие изменения социально-экономических отношений, приведшие к социальному расслоению населения, повлиявшие на поведенческие реакции людей, их отношение к собственному здоровью. Возникла профессиональная коммерциализация интимных отношений.

Лечение больных с ИППП проводится в частных клиниках и различных структурах немедицинского характера, нередко оказываются неквалифицированные платные услуги частно практикующими врачами, даже

неспециалистами.

Ухудшилось взаимодействие органов здравоохранения венерологического профиля с заинтересованными службами и ведомствами, в том числе с органами внутренних дел, просвещения.

Остается недостаточным уровень научных разработок новых методов диагностики и лечения ИППП. Кроме того, нельзя исключить и тот факт, что введение анонимного обследования и смягчение политики принудительного привлечения к обследованию и лечению привело к более широкой обращаемости населения в официальные специализированные лечебно - профилактические учреждения, где, в отличие от частнопрактикующих врачей, ведется эпидемиологический контроль. Отсутствие анонимного обследования в прошлом не давало возможности определить реальные масштабы заболеваемости и тем самым способствовало искажению статистической отчетности.

В то же время проведенный анализ социального состава заболевших сифилисом и гонореей позволил выявить "группы риска", требующие проведения их максимального медицинского освидетельствования. Такой бурный рост заболеваемости ИППП происходит несмотря на то, что в последние годы для оказания практической помощи органам и учреждениям здравоохранения, социальной защиты больных проведен ряд организационных мероприятий:

1) Введена трехкратная вассерманизация беременных и бактериологическая диагностика женщин детородного возраста [9].

2) С целью пресечения непрофессионального обследования и лечения больных вне специализированных медицинских учреждений, самолечения, а также для повышения доступности населения в получении квалифицированной помощи в кожно-венерологических диспансерах Республики организованы кабинеты анонимного обследования

Задачи. В целях совершенствования контроля за ИППП, улучшения медицинской помощи больным ознакомить всех дермато-венерологов с:

1. Инструкцией по учету больных с ИППП, кожными болезнями и чесоткой.
2. Инструкцией "Об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах".
3. Положением о эпидемиологической группе кожно-венерологического диспансера по профилактике распространения ИППП.
4. Инструкцией о работе эпидгруппы кожно-венерологического диспансера по профилактике распространения ИППП.
5. Положением о централизованной серологической и бактериологической лаборатории по диагностике ИППП.

Рекомендации

1. **Руководителям территориальных органов здравоохранения:**

1.1. Организовать работу по выявлению больных, диагностике, лечению и профилактике сифилиса, гонореи, трихомониаза, урогенитального хламидиоза, уреаплазмоза, гарднереллеза, кандидоза гениталий, генитального герпеса, остроконечных кондилом мочеполовых органов мужчин, женщин и детей в кожно-венерологических диспансерах, акушерско-гинекологических, урологических и других лечебно-профилактических учреждениях в соответствии с утвержденными Минздравом документами, при этом:

- проводить регистрацию и учет больных с впервые установленными указанными заболеваниями по единой форме (065);
- отчеты составлять в соответствии с утвержденными 08.06.1992 года Минздравом приказом N119 формой N 058/U;
- при проведении комплекса противоэпидемических организационных и лечебных мероприятий приоритет сохранять в отношении сифилиса, гонореи и хламидиоза, как заболеваний, представляющих непосредственную опасность для организма больного, его детей и окружения, имеющих неблагоприятные последствия для репродуктивного здоровья населения.

1.2. Вводить в действие утвержденные инструкции по учету больных с ИППП.

1.3. Усовершенствовать работу кабинетов анонимного обследования и лечения ИППП.

1.4. С целью использования коечного фонда дерматовенерологического профиля проводить обязательное стационарное лечение группе больных с ИППП (больных сифилисом, уклоняющихся от лечения, несовершеннолетних, беременных, больных нейросифилисом, висцеральным сифилисом, больных при непереносимости пенициллина и сумамеда, ранним врожденным сифилисом, больных с хронической осложненной гонореей).

1.5. На период эпиднеблагополучия с учетом ситуации на конкретной территории считать целесообразным проводить 3-кратные серологические исследования крови на сифилис у всех беременных, обратив особое внимание на рожениц без обменных карт.

1.6. Организовать по мере необходимости эпидемиологические группы по профилактике распространения ИППП при районных, городских кожно-венерологических диспансерах.

Для этих целей в кожно-венерологических диспансерах установить 1 должность врача – дерматовенеролога (руководитель группы), 2 должности средних медицинских работников.

1.7. Обязать главных врачей лечебно-профилактических учреждений осуществлять:

- 100% охват серологическими исследованиями крови на сифилис больных, поступающих на стационарное лечение, используя при этом отборочную реакцию для экспресс-диагностики (за исключением случаев отказа больного от указанного вида обследования);

- исследование крови на сифилис не менее 1 раза в год у лиц, состоящих на учете в психоневрологических, наркологических диспансерах (отделениях, кабинетах), которые в силу психического состояния обнаруживают расторможенность влечений, либо в силу других особенностей патологии психики предположительно могут являться распространителями ИППП, а также

женщин из числа этих контингентов одновременно обследовать на гонорею и другие заболевания, передаваемые половым путем.

1.8. Подготовку кадров проводить на рабочих местах, курсах стажировки, курсах повышения квалификации при кафедрах Азербайджанского Государственного Института усовершенствования врачей им. А.Алиева.

1.9. Для диагностики сифилиса, распознания ложно - положительных результатов реакции связывания комплемента (РСК) и микрореакции преципитации (МР), особенно у беременных и соматических больных, при клиническом, эпидемиологическом и анамнестическом подозрении на сифилис допускается при необходимости замена реакции иммобилизации бледных трепонем (РИБТ) и иммунофлюоресценции (РИФ) реакциями иммуноферментного анализа (ИФА) и непрямой гемаглютинации (РНГА) в комплексе с МР.

1.10. Считать целесообразным организацию центров медико-социальной помощи семьям, детям и подросткам, в т.ч. по адаптационной и реабилитационной помощи больным с ИППП.

2. **Управлению медицинской помощи населению:**

2.1. Совместно с Ассоциацией дерматовенерологов организовать проведение научно - практических семинаров, совещаний по проблеме ИППП, с участием зарубежных специалистов.

2.2. Совместно с Управлением профилактики разработать методические рекомендации по взаимодействию дерматовенерологической, акушерско-гинекологической, урологической, санитарно-эпидемиологической служб, регламентирующих диспансерную работу по ИППП.

3. **Планово - финансовому управлению Минздрава:**

3.1. Для диагностики хламидной и микоплазменной инфекции предусмотреть выделение средств для централизованной закупки современных люминесцентных микроскопов для кожно- венерологических учреждений.

4. **Управлению профилактической медицины:**

4.1. Организовать действенный контроль за своевременностью и

полнотой охвата обязательными профилактическими медицинскими осмотрами подлежащих контингентов в соответствии с инструкцией об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских осмотрах.

Некоторые венерические и ИППП, грибковые кожные заболевания и чесотка могут возникнуть у больных неоднократно в течение жизни, каждое новое заболевание этими болезнями рассматривается как впервые в жизни диагностированное и подлежит учету путем заполнения извещения. Извещение не составляется на случай рецидивов заболеваний у больных, ранее состоявших на учете в лечебно - профилактических учреждениях по поводу этих заболеваний.

Например: больной несколько раз в течение жизни может заражаться гонореей, хламидиозом. Каждый случай заражения учитывается как впервые диагностированное заболевание. Извещение на хронический хламидиоз, гонорею не составляется вторично, если хронический хламидиоз, гонорея возникли в результате уже зарегистрированного острого заболевания хламидиозом, гонореей.

Извещения заполняются в общих и специальных, городских и сельских лечебно-профилактических учреждениях системы Министерства Здравоохранения и других ведомств (поликлиниках, женских консультациях, больницах, диспансерах). Извещение заполняет врач, выявивший указанные заболевания, независимо от места выявления (при обращении в поликлинику, посещении больного на дому, обследовании в стационаре, профилактическом осмотре, медицинском освидетельствовании и т.д.):

- дерматовенеролог кожно-венерологического диспансера, отделения, кабинета, включая и кабинеты анонимного обследования и лечения;
- акушер-гинеколог женской консультации, родильного дома, гинекологического отделения (кабинета);
- уролог урологического отделения (кабинета).

Врачи других специальностей лечебно-профилактических учреждений

всех министерств и ведомств, а также частных медицинских клиник, при установлении (подозрении) диагноза сифилиса, гонореи, хламидиоза, уреаплазмоза, гарднереллеза, урогенитального кандидоза, аноурогенитального герпеса, аноурогенитальных остроконечных кандилом, грибковых кожных болезней, включая микоз стоп, должны направлять больных в районный (городской) кожно-венерологический диспансер, а при его отсутствии – в центральную районную больницу по месту постоянного жительства больного для дообследования (лабораторного), лечения, диспансерного наблюдения.

В случае установления диагноза средним медицинским персоналом пунктов фельдшерского обслуживания и других лечебно - профилактических учреждений, больные должны направляться к врачу, который при подтверждении диагноза составляет извещение – форма N 058/U.

При составлении извещения должны быть заполнены все имеющиеся в нем пункты.

Заболевание, выявленное у лица без постоянного места жительства, регистрируется по месту выявления больного, там же проводится лечение.

Рекомендации. Обязательному учету путем заполнения извещения подлежат больные с впервые в жизни установленным диагнозом:

1. Сифилис всех форм, в том числе:

- врожденный ранний с симптомами (активный);
- I, II - свежий, II - рецидивный (нелеченный);
- III активный;

прочие формы сифилиса:

- врожденный ранний скрытый (неактивный);
- врожденный поздний;
- ранний скрытый;
- поздний скрытый;
- скрытый неуточненный;
- сердечно - сосудистой системы;
- нервной системы;

другие формы позднего сифилиса с симптомами.

II. Гонорея мочеполового тракта:

- острая;
- хроническая.

Примечания:

1. В число заболеваний хронической гонореей включаются не только случаи хронического поражения мочеполового тракта, но и поражения суставов, если ранее у больного не была диагностирована острая или хроническая гонорея.

2. Извещение также заполняется на случаи гонококковой инфекции глаза (бленнорея новорожденных и взрослых) при отсутствии уретральной гонореи, гонококковой инфекции других локализаций, если они не являются последствиями ранее учтенного заболевания гонореей.

III. Хламидиоз всех локализаций (мочеполовых органов, глаза, суставов):

- острый;
- хронический.

IV. Гарднереллез.

V. Урогенитальный кандидоз.

VI. Аноурогенитальный герпес.

VII. Аноурогенитальные остроконечные кондиломы.

VIII. Трихофития, микроспория, фавус.

IX. Микоз стоп.

X. Чесотка.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекции, передаваемые половым путем. Информационный бюллетень ВОЗ. 2013. №110. Ноябрь. – Available at: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/

2. Проекты глобальных стратегий сектора здравоохранения. Инфекции, передаваемые половым путем, на 2016-2021 гг. / 138-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (EB138/31). Женева: ВОЗ, 30 декабря 2015 г., 14 с. – Available at: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB138/B138_31-ru.pdf

3. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними: проект доклада Секретариата / 59-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения (A59/11). Женева: ВОЗ, 18 мая 2006 г., 80 с. – Available at: http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA59/A59_11-ru.pdf
4. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. Женева: ВОЗ, 2007, 70 с. – Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43853/4/9789244563472_rus.pdf
5. Aliyev F. Role of postgraduate education settings in improving of STI prevention, promoting collaboration, integration: experience from Azerbaijan (Panel discussion III. Promoting integration, collaboration, partnership. Improving STI prevention). Scaling up sexually transmitted infection prevention and control in the WHO European Region / The Technical consultation took place in Ljubljana, 2-4 August 2010. Publications WHO Regional Office for Europe, Scherfigsvej 8, DK-2100, Copenhagen Ø, Denmark, 2011, 32 pp. – Available at: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/136848/
6. Возрастающая угроза развития антимикробной резистентности. Возможные меры. Женева: ВОЗ, 2013, 130 с. – Available at: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/44812/16/9789244503188_rus.pdf
7. Джавад-заде М.М., Керимов С.Г., Алиев Ф.А. Динамика развития острой хламидийной инфекции нижних мочевых путей в эксперименте // Ə.M. Əliyevin doğum gününə həsr olunmuş elmi-praktik konfransın məcmuəsi. Bakı, 2014, с. 348-356
8. Алиев Ф.А. Некоторые вопросы классификации, клинико-эпидемиологической характеристики и патогенеза микоплазмозов / 4th Azerbaijan International Scientific and Practical Conference. Dermatovenerology: achievements and perspectives (conference proceedings), Baku, 3 November 2005, p. 83-86
9. Sifilisin diaqnostika və müalicəsi üzrə klinik protokol. Bakı, Azərbaycan Respublikası Səhiyyə Nazirliyi, 2015, 72 s.

XÜLASƏ

AZƏRBAYCANDA CİNSİ YOLLA KEÇƏN İNFEKSİYALARIN PROFİLAKTİKA VƏ MÜALİCƏSİ PROBLEMİNİN QIYMƏTLƏNDİRİLMƏSİ, DİAQNOSTİKA VƏ XƏSTƏLƏRİ IDARƏ ETMƏ KEYFİYYƏTİNİN ARTIRILMASI, NƏZARƏTİN TƏKMİLLƏŞDİRİLMƏSİ, İCTİMAİ SƏHİYYƏ PRİNSİPLƏRİNİN TƏTBİQ EDİLMƏ PERSPEKTİVLƏRİ

Əliyev F.Ə., Babayeva S.H.

Ə.Əliyev adına Azərbaycan Dövlət Həkimləri Təkmilləşdirmə İnstitutu, dermatovenerologiya kafedrası, Bakı, Azərbaycan

Xəstələrin sosial müdafiəsinə, səhiyyə orqanlarına və müəssisələrinə əməli yardım göstərilməsi üçün bir sıra mütəşəkkil tədbirlərin keçirilməsinə baxmayaraq, son illər Azərbaycanda cinsi yolla keçən infeksiyaların (CYKİ) yayılmasında sürətli bir artım var. Bu məqalədə CYKİ-rın nəzarətin mükəmməlləşdirilməsi və xəstələrə tibbi yardımın təkmilləşdirilməsi məqsədi ilə dermatovenerologlar üçün bir sıra təlimatlar təqdim olunur və tövsiyyələr verilir: regional səhiyyə orqanların rəhbərlərinə; əhaliyə tibbi yardım təşkili idarəsinə; Səhiyyə Nazirliyin maliyyə-iqtisadiyyət idarəsinə; tibbi-profilaktika idarəsinə.
Açar sözlər: CYKİ, epidemiologiya, səhiyyə və onun təşkili

SUMMARY

PROBLEM ASSESSMENT, IMPROVEMENT OF QUALITY OF DIAGNOSIS AND MAINTAINING PATIENTS, IMPROVEMENT OF CONTROL, PROSPECT INTRODUCTIONS OF THE PRINCIPLES OF PUBLIC HEALTH CARE IN PREVENTION AND TREATMENT OF SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION IN AZERBAIJAN

Aliyev F.A., Babayeva S.H.

Azerbaijan State Advanced Training Institute for Doctors named after A. Aliyev, The Department of Dermatology and Venerology, Baku, Azerbaijan

In recent years in Azerbaijan there is a rapid growth of incidence of sexually transmitted infections (STI), despite, carrying out a number of organizational actions for social protection of patients and rendering the practical help to bodies and healthcare institutions. A number of instructions with which dermatovenerologists for improvement of control of STI and improvement of delivery of health care by the patient have to be acquainted are presented in this article, and also recommendations are made: to heads of territorial authorities of health care; to management of medical care to the population; to planned financial management of Ministry of Health; to management of preventive medicine.
Keywords: STI, epidemiology, organization of health care.