

ГОУ Таджикский государственный медицинский университет
им. Абуали ибни Сино

УДК: 614.2; 616.5; 616.97.

На правах рукописи

Саидзода Бахромуддин Икром

Научное обоснование деятельности службы дерматовенерологической помощи
в Республике Таджикистан и перспективы её развития в условиях
реформирования сектора здравоохранения на современном этапе

Диссертация

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

по специальностям

14.02.03. – Общественное здоровье и здравоохранение

14.01.10. – Кожные и венерические болезни

Научные консультанты:
член корр. НАН Таджикистана,
доктор медицинских наук,
профессор А. Ахмедов
доктор медицинских наук,
профессор О.И. Касымов

Душанбе - 2022

Оглавление	Стр.
Список сокращений и условных обозначений	6
Введение	8
Общая характеристика работы	12
Глава 1. Организация службы дерматовенерологической помощи в мире и совершенствование её деятельности в современных условиях (обзор литературы)	19
1.1. История развития службы дерматовенерологической помощи в различных странах мира	19
1.2. История становления и развития дерматовенерологической службы Республики Таджикистан до обретения государственной независимости	30
1.3. Нормативно-правовые аспекты деятельности службы дерматовенерологической помощи	38
1.4. Состояние реформирования службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных условиях	50
Глава 2. Материал и методы исследования	68
Глава 3. Организация и развитие службы дерматовенерологической помощи в Республики Таджикистан до обретения государственной независимости	83
Глава 4. Развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях	102
4.1. Состояние службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях	102
4.1.1. Состояние службы дерматовенерологической помощи в городе Душанбе и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях	117
4.1.2. Состояние службы дерматовенерологической помощи	126

Хатлонской области и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях	
4.1.3. Состояние службы дерматовенерологической помощи Согдийской области и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях	135
4.1.4. Состояние службы дерматовенерологической помощи Горно–Бадахшанской автономной области и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях	140
4.1.5. Состояние службы дерматовенерологической помощи районов республиканского подчинения (РРП) и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях	143
4.1.6. Состояние службы дерматовенерологической помощи в ведомственных организациях Республики Таджикистан	147
4.2. Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан (достижения, недостатки)	152
4.3. Квалификационная характеристика специалиста – врача дерматовенеролога	162
Глава 5. Оценка деятельности службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных социально-экономических условиях и пути её оптимизации	169
5.1 Оценка эффективности деятельности службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан	169
5.1.1. Результаты анонимного опроса пациентов об удовлетворённости службой дерматовенерологической помощи	174
5.1.2. Социологический опрос специалистов службы дерматовенерологической помощи	182
5.1.3. Интеграция работы врачей дерматовенерологов, семейных врачей и врачей других специальностей	186

5.2. Вопросы реорганизации службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан	193
5.2.1. Алгоритм действий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан	200
5.2.2. Оценка эффективности взаимодействия службы дерматовенерологической помощи с профильными службами других ведомств	202
Глава 6. Эпидемиология ИППП, клинико-иммунологические особенности и лечение больных хроническими бактериальными урогенитальными инфекциями в Республике Таджикистан	208
6.1. Эпидемиология ИППП в Республике Таджикистан	208
6.2. Клиника хронических урогенитальных инфекций у обследованных больных	217
6.2.1. Клиника хронических урогенитальных инфекций у мужчин	217
6.2.2. Особенности клинического течения урогенитальных инфекций у женщин	230
6.3. Результаты иммунологических исследований	238
6.4. Лечение больных хроническими бактериальными – урогенитальными инфекциями	248
6.4.1. Результаты этиотропного лечения больных хронической бактериальной негонорейной урогенитальной инфекцией (ХБНУИ)	249
6.4.2. Результаты комплексного лечения больных хронической бактериальной негонорейной урогенитальной инфекцией (ХБНУИ) с использованием иммуностимулятора тимогара	252
6.4.3. Результаты комплексного лечения больных хронической бактериальной негонорейной урогенитальной инфекцией (ХБНУИ) с использованием иммуностимулятора тимоцина	255
Обсуждение полученных результатов	260
Выводы	285

Рекомендации по практическому использованию результатов	288
Список литературы	289

Список сокращений и условных обозначений

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВАЗ – Всемирная ассамблея здравоохранения

ВЗОМТ – воспалительные заболевания органов малого таза

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ВПГ – вирус простого герпеса

ВПЧ – вирус папилломы человека

ГБАО – Горно-Бадахшанская автономная область

ГОУ «ИПОСЗ РТ» – Государственное образовательное учреждение «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»

ГОУ ТГМУ – Государственное образовательное учреждение Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино

ГУ «ГКБКБ» – Государственное учреждение «Городской клинический больница кожных болезней»

ГУ «ГКЦКВБ» – Государственное учреждение «Городской клинический центр кожных и венерических болезней»

ГУ «РКЦКВБ» – Государственное учреждение «Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней»

ИЛ – интерлейкин

ИППП – инфекции, передаваемые половым путём

НМ – нанометр (10^9 м)

НГУ – негонококковые уретриты

ПЖ – предстательная железа

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РРП – Районы республиканского подчинения

РТ – Республика Таджикистан

УГИ – урогенитальные инфекции

УГУМ – урогенитальный уреамикоплазмоз

УГХ – урогенитальный хламидиоз

ХБНУИ – хронические бактериальные негонорейные урогенитальные инфекции

ХП – хронический простатит

ХУ – хронический уретрит

ХЭ – хронический эндоцервикит

ХУГУМ – хронический урогенитальный уреамикоплазмоз

ХУГХ – хронический урогенитальный хламидиоз

ХУМУ – хронический уреамикоплазменный уретрит

ХХУ – хронический хламидийный уретрит

ФАЛ – фагоцитарная активность лейкоцитов

ФНО- α (TNF) – фактор некроза опухоли

ФЧ – фагоцитарное число

ЦИК – циркулирующие иммунные комплексы

ЦМВ – цитомегаловирус

CD – маркеры мембранных антигенов клеток костномозгового происхождения

IgA – иммуноглобулины класса А

IgG – иммуноглобулины класса G

IgM – иммуноглобулины класса M

INF- γ – интерферон-гамма

Th-1 клетки – субпопуляция лимфоцитов (хелперов 1 типа) – стимулирует клеточный иммунитет, продуцирует провоспалительные цитокины (ИНФ-ос, INF- γ , ИЛ-2, ИЛ-1, ФНО- α)

Th-2 клетки – субпопуляция лимфоцитов (хелперов 2 типа) – стимулирует гуморальный иммунитет, продуцирует противовоспалительные цитокины (ИЛ-4, ИЛ-10).

Введение

Актуальность темы исследования. Служба дерматовенерологии является одной из древнейших отраслей медицины и в настоящее время относится к социально значимым видам медицинской помощи. Начальный этап её развития соответствует свыше 3000 лет до н. э. [Голдсмит Л.А., 2018; Зоиров П.Т., 2019; Притуло О.А., 2021].

В литературных источниках об уровне заболеваемости среди жителей среднеазиатских государств в период до их присоединения к России имеются единичные сообщения, где приводятся описания некоторых путешественников, а также должностных лиц, включая докторов, работавших в свое время в этом регионе. Так, по данным Л.Ф. Костенко (1880), в Туркестанском крае к числу множества разнообразных тяжелых заболеваний относилась пендинка (кожный лейшманиоз), по данным Д.Н. Логофета (1911), в Бухарском Ханстве – пендинка и сифилис. О распространении этих и других кожных и венерических заболеваний говорится в трудах А. Вомберга (1868), Л.Ф. Костенко (1871), Н. Ханькова (1882), И. Яворского (1889) и Д.Н. Логофета (1909, 1911). До присоединения к России лечебных и фармацевтических учреждений в Средней Азии не было, и, соответственно, не было ни медицинских, ни фармацевтических работников [Таджиев Я.Т., 1974; Ахмедов А., 2016; Ахмедов А., 2017].

Становление и развитие службы дерматовенерологической помощи Таджикистана, как и большинства других медицинских служб, произошло в Советские времена. С первых дней установления Советской власти в Таджикистане медицинскую помощь населению оказывали военные медики из частей Красной Армии, дислоцированных в различных районах [Киямов Ф.А., 1974; Таджиев Я.Т., 1974; Таджиев Я.Т., 1984].

По данным обращаемости за медицинской помощью, среди всех заболеваний кожные болезни занимали первое место. Значителен был удельный вес туберкулеза и сифилиса, главным образом его врожденные формы [Киямов Ф.А., 1974; Таджиев Я.Т., 1974; Таджиев Я.Т., 1984].

Особенностями борьбы с кожными и венерическими заболеваниями в СССР являлись ее государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода, единство научно обоснованных методов профилактики, диагностики и лечения. Государственный характер этой борьбы был определен сразу же после установления Советской власти (22.04.1918). Диспансерный метод борьбы с кожными и венерическими заболеваниями по полноте реализации на практике и эффективности управления ситуацией ни в одной стране мира не имеет аналогов. Все принципы диспансерного метода взяты на вооружение Всемирной организацией здравоохранения, на их основе построены рекомендации ВОЗ по организации борьбы с распространением кожных и венерических заболеваний [Шапошников О.К., 1991; Киямов Ф.А., 2004].

Конец XX столетия для многих стран ознаменован переходным периодом в виде социально-экономических преобразований, которые сопровождаются миграцией населения, безработицей, уменьшением доходов населения, так называемой «сексуальной революцией», снижением финансирования системы здравоохранения. Следствием рассматриваемых преобразований являются социально-обусловленные заболевания, к которым относятся и венерические заболевания.

Борьба с кожными и венерическими заболеваниями сочетает в себе социальные, политические, биологические, медицинские, экономические, воспитательные и нравственные аспекты.

Несмотря на современные достижения венерологии в сфере диагностики и лечения, инфекции, передающиеся половым путем, и связанные с ними осложнения, являются актуальной проблемой здравоохранения. По оценкам ВОЗ (2016г.), ежедневно отмечается более одного миллиона случаев заражения ИППП, имело место 376 миллионов случаев заражения одной из четырех ИППП — хламидиозом (127 миллионов), гонореей (87 миллионов), сифилисом (6,3 миллиона) и трихомониазом (156 миллионов). ВОЗ разрабатывает глобальные нормы и стандарты по лечению и профилактике ИППП, укрепляет

системы эпиднадзора и мониторинга, в том числе в отношении лекарственно-устойчивой гонореи, и руководит процессом формирования глобальной повестки дня в области научных исследований, касающихся ИППП [Кубанова А.А., 2018; Петрова А.Н., 2019; Aral S.O., 2002; CDC, 2015; Horner P.J., 2016; Voiko I, 2019].

На 69 сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения была утверждена глобальная стратегия сектора здравоохранения по ликвидации ИППП на период 2016-2020 гг. Целью данной стратегии является «... обеспечение здорового образа жизни и содействие благополучию для всех в любом возрасте» (документ WHA69/2016/REC/1).

Несмотря на современные достижения венерологии в сфере диагностики и лечения, проблема ИППП, их осложнения, и влияние на репродуктивные органы остается весьма актуальной [Гуляев А.Е., 2016; Подзолкова Н.М., 2016; Асхакова М.С., 2017; Чеботарёв В.В., 2018; Davies B., 2016; Jungwirth A., 2018; Moazenchi M, 2018; Verwijfs M.C., 2019].

Важным разделом деятельности в дерматовенерологии является совершенствование организационных форм работы медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь пациентам с дерматовенерологической патологией на всех этапах ее оказания [Калинская А.А., 2019].

До настоящего времени не проводилось целенаправленных исследований по изучению деятельности дерматовенерологической помощи жителям Таджикистана до и после обретения страной государственной независимости. Имеющиеся брошюры и материалы, подготовленные организаторами здравоохранения, не дают полного представления о сложных путях становления и развития дерматовенерологической службы страны до и после обретения государственной независимости [Таджиев Я.Т., 1974; Киямов Ф.А., 1985; Касымов О.И., 2010; Зоиров П.Т., 2016; Касымов О.И., 2016; Зоиров П.Т., 2019; Зоиров П.Т., 2021].

Вышеизложенное предопределило актуальность настоящего исследования, что послужило основанием для его проведения с целью

разработки эффективных алгоритмов совершенствования системы управления и профилактики по оказанию медицинской помощи венерологической службой республики на современном этапе.

Степень научной разработанности изучаемой проблемы.

Проведенный анализ выявил, что до настоящего времени не проводились крупные исследования по изучению деятельности службы дерматовенерологической помощи жителям Таджикистана. В имеющихся в литературе единичных исследованиях, которые были проведены в 60-70-е годы прошлого столетия, приводятся данные о состоянии медицинской помощи населению Средней Азии до революции и в Советские времена. Однако в них не отражены многие аспекты службы дерматовенерологической помощи, которые остались малоизученными и, в связи с ростом заболеваемости ИППП в республике, продолжают оставаться актуальными. Распространение ИППП, скудность научных работ, касающихся деятельности службы дерматовенерологической помощи населению республики, требуют разработки новых подходов по совершенствованию и систематизации службы венерологической помощи населению на современном этапе развития общества.

Связь работы с научными программами (проектами), темами.

Научная работа связана с реализацией постановления Правительства Республики Таджикистан «О Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы», принятой постановлением Правительства Республики Таджикистан 02.08.2010 №368, «О Стратегии Республики Таджикистан в области науки и технологии на 2007-2015 гг.», приказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №713 от 20.12.2008 «По усилению работы с распространением кожных инфекций и инфекций, передающихся половым путем», что дало приоритетные направления в научных исследованиях в области здравоохранения республики.

Общая характеристика работы

Цель исследования. Изучить этапы развития службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан и разработать алгоритм целенаправленных научно-обоснованных эффективных мероприятий по дальнейшему совершенствованию её работы в современных социально-экономических условиях.

Задачи исследования:

1. Изучить историю становления, организации и развития деятельности дерматовенерологической службы республики в различных административных территориях и в ведомственных учреждениях страны до и после обретения республикой государственной независимости.
2. Оценить роль и место службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до и в период проведения реформ сектора здравоохранения Республики Таджикистан.
3. Изучить эпидемиологию, структуру и факторы, способствующие распространению ИППП в Республике Таджикистан, клинико-иммунологические особенности хронических и осложненных форм бактериальных ИППП (хламидиоз, уреаплазмоз), их влияние на репродуктивное здоровье мужчин и женщин.
4. Разработать алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий по дальнейшему совершенствованию службы дерматовенерологии Республики Таджикистан в различных регионах страны в зависимости от демографических и социально-экономических условий.

Объект исследования. В качестве объекта исследования выбраны организации и предприятия службы дерматовенерологической помощи республики, включая медицинские службы ведомственных учреждений и больные (мужчин и женщины) с хламидиозом, уреаплазмозом, микоплазмозом в возрасте от 18 до 48 лет.

Предмет исследования. Предметом исследования явилось изучение истории организации и развития службы дерматовенерологической помощи в различных административных регионах и ведомственных учреждениях РТ до и после переходного периода, и в новых социально-экономических условиях, анализ нормативно-правовой базы, регулирующей деятельность службы (достижения, недостатки).

Научная новизна исследования. Впервые в Республике Таджикистан дана комплексная оценка становлению и развитию службы дерматовенерологической помощи во всех административных территориях страны до и после обретения государственной независимости, в том числе с применением инновационных технологий с учетом экономических и демографических условий регионов республики. Осуществлен анализ и дана оценка действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих функционирование службы дерматовенерологии республики.

Впервые изучены этапы развития службы дерматовенерологической помощи РТ, разработан алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий по дальнейшему её совершенствованию в различных регионах страны.

Впервые в Республике Таджикистан определены медико-социальные и клинико-иммунологические особенности распространения и течения хронических негонорейных бактериальных уrogenитальных инфекций (ХНБУИ) у мужчин и женщин.

Впервые установлены региональные факторы, способствующие возникновению и распространению ИППП среди мужчин и женщин в Республике Таджикистан.

Впервые в комплексном лечении хронических и осложненных форм негонорейных бактериальных уrogenитальных инфекций использованы отечественные иммуностимуляторы тимогар и тимоцин, которые повысили эффективность их терапии.

Теоретическая и научно-практическая значимость работы заключается в том, что основные положения диссертационной работы широко используются в учебном процессе кафедр дерматовенерологии и общественного здравоохранения и медицинской статистики с курсом истории медицины ГОУ Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибни Сино, кафедр дерматовенерологии с курсом косметологии и общественного здоровья, экономики, управления здравоохранением с курсом медицинской статистики ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистана» при обучении интернов, клинических ординаторов, аспирантов, докторов философии (PhD), докторов по специальности, на курсах повышения квалификации врачей, а также в практической деятельности дерматовенерологов республики.

Результаты проведенного исследования явились основой для научного обоснования разработанного алгоритма мероприятий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи страны и реализации определенных программ, в том числе для целевых групп населения (мигранты и их семьи, подростки и молодые люди, употребляющие наркотики), по борьбе с ВИЧ/ИППП. По результатам исследования научно обоснована целесообразность проведения реформы службы дерматовенерологической помощи республики и принятие новых нормативно-правовых документов, регламентирующих деятельность службы. Для клинической практики адаптирован протокол профилактики ИППП/ВИЧ у мужчин и женщин, доказаны некоторые пути нормализации иммунных нарушений у больных бактериальными ИППП.

Положения, выносимые на защиту:

1. Изучение истории организации, становления и деятельности службы дерматовенерологической помощи страны на различных этапах её развития показало, что на деятельность службы оказывают влияние климатогеографические и демографические особенности регионов республики с высокими колебаниями их обеспечения медицинским

- персоналом, медоборудованием и рабочим помещением, что обусловило возникновение определенных дефектов в организации службы на местах.
2. Совершенствование службы дерматовенерологической помощи – одно из важных направлений периода реформирования сектора здравоохранения республики.
 3. Оценена, научно обоснована и показана эффективность внедрения инновационных технологий по изучению факторов, в том числе региональных, способствующих распространению ИППП, образованию уязвимых групп. Показана важность иммунологических нарушений в патогенезе хронических форм урогенитального хламидиоза и уреамикоплазмоза, установлена эффективность предложенных методов их лечения и лечебно–профилактических мероприятий.
 4. Разработан алгоритм эффективных организационных, лечебных и реабилитационных мероприятий, которые способствуют дальнейшему совершенствованию организации управления и оказания службой дерматовенерологии помощи в различных регионах страны в зависимости от социально-экономических условий.

Степень достоверности результатов. Достоверность результатов проведенного исследования подтверждается достаточным объёмом материалов исследования, данными статистической обработки полученных результатов и публикациями. Выводы и рекомендации основаны на научном анализе нормативно–правовой, материально-технической базы службы дерматовенерологии, а также данными архивных материалов и государственной статистической отчетности. Все полученные клинические результаты и выводы основаны на принципах доказательной медицины.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности. Диссертационная работа соответствует паспорту Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение, подпункт 3.5. – исследование организации медицинской помощи населению, разработка новых моделей и

технологий оказания дерматовенерологической помощи и паспорту Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан по специальности 14.01.10 – Кожные и венерические болезни, подпункт 3.7 – исследование по изучению медико-социальных аспектов распространенности бактериальной инфекции, передающейся половым путем, репродуктивного здоровья мужчин и женщин, 3.9 – совершенствование дерматовенерологической, урологической и гинекологической служб Республики Таджикистан и его внедрение в клиническую практику.

Личный вклад соискателя ученой степени. Диссертантом самостоятельно проведен сбор материала, разработана методика исследования, выполнены обобщение, анализ полученных результатов и их статистическая обработка. Доля участия автора в сборе и обработке материала составляет 90%. Все главы диссертации, включая статистическую обработку полученных данных, обзор литературы, описание собственных исследований, выводы и практические рекомендации написаны лично автором.

Апробация и реализация результатов диссертации. Основные результаты и положения диссертационной работы доложены и обсуждены на 62-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 20-летию Конституции Республики Таджикистан, на тему: «Медицинская наука и образование» (Душанбе, 2014), 63-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием на тему: «Вклад медицинской науки в оздоровление семьи» (Душанбе, 2015), 64-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной 25-летию государственной независимости Республики Таджикистан, на тему: «Проблемы теории и практики современной медицины» (Душанбе, 2016), 66-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Году развития туризма и народных ремесел», на тему: «Роль и место инновационных технологий в современной

медицине» (Душанбе, 2018), 68-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «Годам развития села, туризма и народных ремёсел», на тему: «Фундаментальные основы инновационного развития науки и образования» (Душанбе, 2020), 69-й годичной научно-практической конференции ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино с международным участием, посвященной «30-летию Государственной независимости Республики Таджикистан», на тему: «Достижения и проблемы фундаментальной науки и клинической медицины» (Душанбе, 2021), за круглым столом на тему: «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» (Душанбе, 2016), посвященным 25-летию независимости Республики Таджикистан, на IX и X Республиканских научно-практических конференциях «Наука и молодежь», ежегодных конференциях Республиканского медицинского колледжа (Душанбе, 2017, 2018), XX, XXI и XXIII Международных конгрессах «Здоровье и образование в XXI веке» (Москва, 2018, 2019, 2021), а также на других различных международных симпозиумах, конференциях (2015, 2016, 2017, 2018, 2019).

Апробация диссертационной работы состоялась на заседании межкафедральной проблемной комиссии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино 10.12.2021, протокол №5.

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликованы 41 печатных работ, в том числе 21 статей в журналах, включенных в реестр Высшей Аттестационной Комиссии при Президенте Республики Таджикистан. Выпущено методическое пособие «Венерология», 2019 г.

Структура и объём диссертации. Диссертация изложена на 341 страницах компьютерного текста, состоит из введения, общей характеристики работы, обзора литературы, 5 глав результатов собственных наблюдений и исследований, обсуждения результатов, заключения, рекомендаций по практическому использованию результатов и списка литературы. Диссертация

иллюстрирована 9 диаграммами и 63 таблицами. Список литературы состоит из 405 источников, из них 262 на русском и 143 на иностранных языках.

ГЛАВА 1. Организация службы дерматовенерологической помощи в мире и совершенствование её деятельности в современных условиях (обзор литературы)

1.1. История развития службы дерматовенерологической помощи в различных странах мира.

Дерматология (от греческого *derma* - кожа, *logos* - наука) - наука о болезнях кожи. В своем развитии дерматология проделала сложный путь, который можно подразделить на ряд этапов.

Начальный этап (начало от старого мира до XVI века н.э.) – описательный. На этом этапе в основном описывались отдельные нозологические единицы. Так, в китайских медицинских источниках (IV-II тысячелетие до н.э.) имеются более или менее точные описания лепры, фавуса, чесотки, ихтиоза, витилиго, экземы, алопеции, фурункула, карбункула, рожи, угрей и т.д.

В древней Индии, где медицина получила высокое развитие, существовала классификация заболеваний, в которую были включены также кожные и венерические болезни.

В Египетских папирусах (3000-1000 год до н.э.) имеются описания карбункула и других гнойничковых заболеваний кожи, лепры, экземы, чесотки, кожного зуда, мозолей, бородавок и др.

В Древней Греции медицинская наука базировалась на передовой для того времени греческой философии. Самым выдающимся из греческих врачей был Гиппократ (460-377 гг. до н.э.), который считается основателем (отцом) научной медицины. Он обобщил и систематизировал медицинскую науку, известную до него и собранную им самим в результате длительных и тщательных наблюдений.

Римские врачи продолжили традиции своего предшественника, а именно накапливали новые материалы по болезням кожи. Так, у Цельса (35 год до н.э. – 50 год н.э.) имеются описания фурункула, карбункула, остроконечных кондилом, рожи, сикоза, псориаза, глубокой трихофитии (*kerion Celsi*),

круговидного выпадения волос (*area Celsi*).

В средние века (с 300-х годов до второй половины XVI века) на Западе науки переживали период застоя, в то время, как в Центральной Азии наблюдалось их возрождение и расцвет. Именно в эпоху Саманидов (год образования - 899г.) наши предки в разных областях науки, в том числе и медицине достигли небывалых успехов. Эпоха богата именами крупных ученых-медиков, таких как Али ибни-Раббони, атТабари, Абубакр Мухаммад Закариё Рози (Разес), Абубакр Рабе Бухорои, Абумансур Муваффах ибни Али-ал-Хирави, Абуали ибни Сино (Авиценна), Исмоили Джуржони, Абурайхони Беруни. Однако, среди всех этих ярких звезд имена Разеса и Авиценны светят по особенному.

Изучение доступных нам источников медицины эпохи Саманидов, прежде всего “Канона врачебной науки” Авиценны и Разеса, показывает, что в трудах ученых-медиков болезни кожи занимают достойное место. Описание клинической картины и тактики лечения болезней кожи во многом не потеряли своего значения и по сей день.

Начиная с XVI века в Европе в связи с развитием капитализма, начался общий прогресс в промышленности, науке, искусстве. С этого периода начинается второй этап развития дерматологии, то есть систематизация болезней кожи.

Впервые в Европе итальянец Mercurialis в 1571 г. выпустил руководство по кожным болезням.

Дальнейшее развитие дерматологии связано с введением морфологического метода описания и классификации дерматозов.

На основе ботанического принципа систематики болезней, предложенной впервые в 1760 г. Sauvages, основоположник французской школы дерматологов Alibert (1766-1837гг.) предложил оригинальную систематику кожных болезней (ботаническая классификация), изобразив ее в виде дерева с крупными и мелкими ветвями. Ствол дерева представлял кожу, крупные ветви - роды болезней, мелкие - виды болезней, веточки - разновидности болезней.

Следуя учению патологоанатома Rokitansky, основоположник немецкой школы дерматологов F. Hebra создал новую патологоанатомическую классификацию кожных болезней (1845 г.).

В связи с успехами микробиологии появилась этиологическая классификация дерматозов (вторая половина XIX в.).

Изучение взаимосвязи кожи с состоянием нервной системы и внутренних органов послужило основанием для применения Патогенетического принципа классификации кожных болезней (начало XX в.)

Таким образом, в Европе в области дерматологии были достигнуты значительные успехи, свидетельством чего явилось создание ряда дерматологических школ: английской, французской, немецкой, американской, русской [55, 61, 72, 73].

Английская школа - основатель R. Willan (1757-1812), выпустил оригинальное руководство по кожным болезням, которое получило всеобщее признание. Особо большую роль в развитии дерматологии в Англии сыграл Wilson (1809-1884), автор ряда руководств и монографий по кожным болезням. Он основал первый английский дерматологический журнал "Journal of cutaneous diseases" в 1867 г. Врач-энциклопедист Hutchinson (1828-1913) описал триаду признаков позднего врожденного сифилиса и ряд других болезней [61, 72, 73].

В 1912 году было основано Лондонское общество, а в 1921г. - Британская ассоциация дерматологов.

Современные английские дерматологи много работают над проблемами разных дерматозов. Основное руководство по кожным болезням выпустил Sequeira (1957г.). Оно выдержало 7 изданий. Persival написал "Введение в дерматологию", которое выдержало более 12 изданий. Им же создан "Атлас патологической гистологии кожи".

Французская школа - основателем является Alibert (1766-1837), который выпустил большое руководство и атлас кожных болезней, хорошо описал ряд заболеваний кожи. Bielt (1781-1840) и Cazenave (1795-1877)

выпустили несколько руководств по кожным болезням. Cazenave основал первый дермато-венерологический журнал “*Annales des Maladies de la peau et de la Syphilis*” (1843-1852). Выдающийся дерматолог Basin (1807-1878) значительно опередил своих современников по этиологическому мышлению в области дерматологии. М.И. Стуковенков (1883) передавал воззрения Basin, которые отражали идеи французской школы той эпохи: нет болезней кожи, есть болезни всего организма. На коже имеются только проявления последних. В конце XIX и XX вв. круг вопросов, изучаемых французскими дерматологами, сильно расширился: подробно изучались обмен веществ, роль эндокринных органов, нервной системы и др. в патогенезе дерматозов. В развитии микологии выдающуюся роль сыграл Sabouraud, которому принадлежит ряд капитальных исследований в этой области. Ценное руководство по микологии выпущено Langeron. Помимо всего изложенного, французские дерматологи в XX в. успешно изучили ряд сложных вопросов дерматологии. Труды французских дерматологов суммированы в двух обширных руководствах *La pratique dermatologique* в 4-х томах, вышедших в 1900-1904 гг. и *Nouvelle pratique dermatologique*, вышедшей в 8-ми томах в 1936 г. Из других руководств по дерматологии интерес представляют руководства Brocq, Darier, Degos, трехтомный раздел “Дерматология” в *Encyclopedic medico-chirurgicale*, цветной атлас кожных болезней Graciancky et Bouille [61, 72, 73].

Немецкая школа - основана F. Hebra (1816-1880) и по своим основным установкам резко отличалась от французской школы. Им написано оригинальное руководство по кожным болезням, издан атлас болезней кожи, описан ряд новых дерматозов.

Немецкая дерматология достигла своего высшего развития в первой трети XX в. В этот период были проведены ценные работы по анатомии и гистологии кожи (Pinkus), по патологической гистологии (Unna, Kyrle, Gans); тщательно изучалась биохимия кожи (Urbach, Schade, Rothman, Marchionini); большое внимание уделялось изучению ферментов в коже. Итогом научной деятельности немецких дерматологов стал 23-х томный (фактически 41 том)

Handbuch der Haut und Geschlechtskrankheiten, вышедший в 1927- 1932 гг. под редакцией Jadassohn. В 1958г. выходит новое многотомное руководство по дерматологии и венерологии под редакцией Gottron и Schoenfeld (ФРГ) [55, 61, 72, 73].

Американская школа - первую книгу в Америке по кожным болезням выпустил Worcester в 1854 г., начало научной дерматологии следует отнести к 70-м годам XIX в., когда в 1871 г. была основана первая кафедра в Гарвардском Университете (White). В 1896 г. вышло руководство Duhring, описавшего герпетиформный дерматоз. Самое большое учреждение Skin and Cancer Hospital, организованное в 1883 г. по инициативе Buckley, до настоящего времени остается лучшим дерматологическим учреждением США. Дерматологи США описали большое число новых заболеваний. Американские дерматологи много работают над проблемами физиологии и биохимии кожи, гистологии кожных болезней; тщательно изучают доброкачественные опухоли (Montgomery, Lever). Много внимания уделяется системным заболеваниям организма с проявлениями на коже. В дерматологических руководствах, составленных Ormsby, Sutton, Montgomery, Becker, Obermayer, в конспективной форме представлена обширная научная информация. Большую научную ценность имеют также монографии по патологической анатомии кожи (Allen, Lever) [55, 61, 72, 73].

Другие дерматологические школы. Необходимо отметить, что современная дерматология вобрала в себя учения различных дерматологических школ. **Итальянская школа** представлена такими учеными, как Majocchi (анулярная пурпура), Mibell (паракератоз и ангиокератома), Casstelani (тропические микозы - *Finea nigra*), Cornel (2-х томное руководство по физиологии кожи): **швейцарская школа** - Bloch (меланогенез, аллергия), Miescher (фотодерматозы, меланозы), Lutz (верруциформная эпидермодисплазия и учебник по кожным и половым болезням); **скандинавская школа** - Damelssen, Hansen (лепра), Boeck, Schaumann (саркоидозы); **турецкая школа** - Behset (синдром Бехчета); **польская школа** -

Jablonska и др.; **чехословацкая школа** - Pick, Kreibich и др.; **болгарская школа** - Л. Попов, Попхристов и др [61, 72, 73].

Русская дерматологическая школа. Началом формирования этой школы следует считать конец 60-х – начало 70-х годов XIX века, когда впервые почти одновременно были организованы первые отдельные кафедры кожных болезней в Варшавском Университете, на медицинском факультете Московского Университета (1869 г.) и в Медико-хирургической (впоследствии Военно-медицинской) Академии в Санкт-Петербурге (1871 г.). В последующие годы такие кафедры стали открываться в университетах г. Казань (1872г.), г.Харьков (1876), г.Киев (1883) и т.д.. Преподавание кожных болезней до этого времени проводилось в основном в терапевтических клиниках.

К этому периоду отмечалось и начало научного прогресса в области венерологии в Российской Федерации. Основателем отечественной школы сифилидологии является профессор В.М. Тарновский, который работал в медико-хирургической академии г. Санкт-Петербурга. Он являлся инициатором выделения из хирургического курса отдельной дисциплины – сифилидология, что и было сделано в 1871 г. Уже четыре года спустя было создано Русское сифилидологическое и дерматологическое общество, которое на тот момент являлось единственным подобного рода обществом на европейском континенте [61, 72, 73].

Основоположником русской дерматологической школы является А.Г. Полотебнов (1838-1907), работавший первоначально у С.П. Боткина, затем доцентом на кафедре кожных и венерических болезней ВМА в Петербурге, где читал курс дерматологии, а с 1876 по 1894 гг. возглавлял кафедру кожных болезней. В книге “Дерматологические исследования” и в серии работ, объединенных под заголовком “Нервные болезни кожи”, А.Г. Полотебнов и его ближайшие ученики, анализируя патогенез ряда кожных болезней (псориаз, красный плоский лишай и др.), пришли к выводу, что в основе этих дерматозов лежат функциональные нарушения нервной системы. А.Г. Полотебнов был горячим поклонником климатотерапии, гидротерапии, электролечения. Его

идеи получили дальнейшее развитие в трудах другого русского дерматолога Т.П. Павлова (1860-1932), который в течение 27 лет заведовал кафедрой кожных болезней ВМА.

Одним из ведущих дерматологов был ученик и сын Т.П. Павлова - член-корреспондент АМН СССР, профессор С.Т. Павлов. Он возглавлял кафедру кожно-венерических болезней ВМА с 1940 по 1968 гг.; был председателем Всесоюзного и Ленинградского научных обществ дерматовенерологов.

Среди представителей ленинградской школы особое место занимает член-корреспондент АН СССР, действительный член АМН СССР, заслуженный деятель науки О.Н. Подвысоцкая (1884-1959), известная своими трудами далеко за пределами СССР. О.Н. Подвысоцкая возглавляла кафедры кожных и венерических болезней Ленинградского института УСО врачей, 1-го ЛМИ и в течение 22 лет руководила Ленинградским кожно-венерологическим институтом.

Основоположником Московской школы дерматологов является профессор А.И. Поспелов (1846-1919) - создатель одной из лучших в Европе клиник и прекрасного музея муляжей. Его оригинальный учебник "Руководство к изучению кожных болезней" выдержал 7 изданий.

Основатель русской микологической школы - профессор Н.А. Черногоубов (1883-1942) описал семейную трихофитию, предложил классификацию дерматомикозов, с 1933 по 1941 гг. заведовал кафедрой кожно-венерических болезней 2 ММИ.

М.П. Демьянович (1879-1957) разработал ускоренный метод лечения чесотки, написал монографии "Экзема", "Грибковые заболевания кожи" и "Чесотка". Профессор Л.Н. Машкиллейсон (1898-1964) известен своими исследованиями в области профессиональной дерматологии, коллагеновых болезней и др. Профессор В.А. Рахманов в течение многих лет был редактором журнала "Вестник дерматологии и венерологии" и председателем Московского общества дерматологов [61, 72, 73].

Заслуженный деятель науки профессор А.И. Картамышев (1897-1973),

который более 40 лет заведовал кафедрами дерматологии в Башкирском и Киевском медицинских институтах, а последние 17 лет своей жизни - ЦОЛИУВ, выпустил “Гипноз в дерматологии” - первая монография в СССР по этому вопросу, 1936. Им опубликовано более 20 монографий и издано 2 учебника для высшей и средней школы.

К плеяде известных дерматологов принадлежат М.И. Стуковенков (1843-1897) - представитель киевской дерматологической школы; его ученик П.В. Никольский (1858-1940) написал учебник “Кожные болезни” в 1927 г., руководство “Общая терапия болезней кожи”; описал симптом при пемфигусе (симптом Никольского) и др.

Из советских дерматологов, внесших весомый вклад в развитие дерматовенерологии, следует назвать А.Н. Торсуева, Н.М. Туранова, А.А. Студницына, А. Смелова, Л.А. Штейнлукта, С.Е. Горбовицкого, О.К. Шапошникова, Ю.К. Скрипкина, Н.Д. Шеклакова, А.А. Каламкаряна, И.И. Потоцкого, В.Н. Мордовцева, И.Я. Шахтмейстера, Н.С. Потехаева и др. [72, 73].

Венерология – наука, изучающая венерические заболевания. Термин «венерология» произошел от латинского слова «Venus» - Венера и греческого слова «logos» - учение, наука. Под термином «венерические болезни» объединяют инфекционные заболевания, передающиеся, как правило, половым путем [55, 72, 95, 97, 130, 204, 256].

Изучение болезней началось в глубокой древности. О нечистом истечении из половых органов упоминается в Библии. О затруднённом и болезненном мочеиспускании и о белях у женщин, истечениях из половых органов и гнойно-кровянистых выделениях говорится в работах Гиппократов, А. Цельса и Галена (I в. н. э.). О лечении припухлости яичек говорил Марцелл Эмпирик (4 в. н. э.). Обнаруженные при раскопках Помпеи металлические бужи позволяют предполагать, что в I в. н. э., в Риме было известно заболевание и некоторые его осложнения (стриктуры), по симптоматике сходное с гонореей. Описание симптомов гонореи можно найти в произведениях Ар-Рази (9 в.), Ибн - Сины (9 – 10 в.), Месуэ (10 в.), представителей Салернской школы – Роджер и

Ланфранки (Rager, 12 в.; Lanfranchi, 13 в.). Вильгельм Салический (William of Saliceto, 13 в.) уже более ясно описал язвы полового происхождения. Guy de Chauliac в 14 в. и Валескус (Valescus, 16 в.) подробно описали симптомы гонореи и передачу ее половым путем. В 1162 г. епископ Винчестерский запретил приём посетителей в домах терпимости Лондона тем женщинам, у которых имелось «any sickness of brening» (всякое заболевание, сопровождающееся жжением); королева обеих Сицилий Иоанна I в 1347 г. ввела профилактические осмотры проституток домов терпимости [55, 72, 95, 97, 130, 150, 204, 211, 252, 256].

В конце XV - начале XVI в. наблюдалось пандемическое распространение сифилиса, который, по мнению большинства исследователей, был завезен моряками Христофора Колумба из Америки. Некоторые авторы полагают, что сифилис существовал в Старом Свете и раньше, но не распознавался. Также имеется предложение, что сифилис завезен с африканского континента.

Впервые (1494) подробно это заболевание было описано в Испании и в Италии, во Франции, Дания, Швейцарии, Нидерландах, Германии – в 1496 г., в Англии – в 1497, в Польше – в 1495 г., отсюда в 1499 г. заболевание проникло в Россию [72, 95, 130, 199, 211, 252].

Медики той эпохи – Куманус (M. Cumanus, 1495), Бенедиктус (A. Benedictus, 1510), де Виго (G. di Vigo, 1514), Гуттен (U. von Hutten, 1519), Фернель (J. Fernel, 1548) и др. четко отличали сифилис от гонореи и простых венерических язв. Торелья (G. Torella, 1497) указал на уплотненное дно первичной сифиломы. Грюнпек (J. Grunpeck, 1496) описал скрытые периоды сифилиса. Брасавола (A.M. Brasavola, 1551) различал *gonorrhoea vera s. syphilitica* и *gonorrhoea non vera*. Г. Фаллопий (1564) различал *gonorrhoea gallica* (сифилис) и *gonorrhoea non gallica* (гонорея).

Однако, имелось немало сторонников предположения, что гонорея является осложнением сифилиса. Велья (Vella, 1508) считал, что сифилис и другие венерические язвы вызываются одним «контагием», который в зависимости от своей активности вызывает у одних людей только местные

поражения, а у других – общее заболевание. Это положило начало учению унитаристов, которое, как научная догма, удержалось почти до начала 19 в. Этой точки зрения придерживались А. Паре (16 в.) и Парацельс (1529), впервые подробно описавшие врожденный сифилис. Дейдье (A. Deidier, 1723) высказал предположение, что «венерическое худосочие» вызывают микроскопические черви. Ж. Астриук опубликовал трактат «De morbis venereis libri sex» (1736), в котором дал обзор всех работ по сифилису, опубликованных к тому времени. Он высказал предположение, что яд сифилиса распространяется в организме по кровеносному руслу, и сделал попытку провести различие между гонореей и сифилисом [75, 95, 97, 199, 214, 256]. Г. Ван-Свитен (1758) описал клинику приобретённого сифилиса.

Кокберн (W. Cockburn, 1713), Ф. Бальфур (1767), Белл (B. Bell, 1793) и Тод (J.C. Tode, 1794) считали сифилис и гонореей различными болезнями. Белл первым описал твердый шанкр в уретре. Д. Гунтер (1786) четко различал мягкий и твердый шанкры, но считал гонореей и сифилис производными одного контагия. Он привил себе выделение из уретры больного, страдавшего гонореей. В результате у Гунтера появилась первичная сифилома и проявления вторичного сифилиса, что укрепило позиции унитаристов.

Сведиаур (F.X. Swediaur, 1801) ввел термин «бленнорея». Он считал гонореей незаразной, ибо, как он полагал, она может быть вызвана инъекцией в уретру нашатырного спирта. В Германии Аутенрит (J.H.F. Autenrieth, 1819), Риттер (Ritter, 1819), Эйзенманн (Eisenmann, 1830) и другие признавали различие между сифилисом и гонореей, но рассматривали гонореей как конституциональное заболевание («lues gonorrhoeica»).

Физиологическая школа Ф. Бруссе вообще отрицала существование «венерического яда». Заразительность гонореей отрицали Карон (J.Ch.F. Caron, 1762), Девержи (M.G.A. Devergie, 1836), Рикор (Ph. Ricord, 1838) и др.

Против них выступали Ролле (J.P. Rollet, 1860, 1861) и Диде (P. Diday, 1858), Эрнандес (J.F. Hernandez, 1812) вызвал гонореей у 17 каторжан, введя им под препуциальный мешок гной от больных гонореей, доказав таким

непозволительным экспериментом на людях заразительность гонореи [72, 130].

В 1836 г. Донне (A. Donne) нашел при вульвовагините трихомонады. Симон (A. Simon, 1830, 1831) указал, что не все язвы на половых органах обязательно ведут к последующим «конституциональным сыпям».

В истории развития венерологии было представлено 2 учения: Унитаристов и Дуалистов. К первым относились ученые, считающие, что сифилис является проявлением абсолютно всех венерических заболеваний. Активным сторонником данного учения являлся известный ученый из Великобритании Гентер. В 1767 г. ученый ввел себе в уретральный канал гной, взятый у пациента с гонореей, в результате чего спустя несколько суток он наблюдал появление выделений из уретры, а в последующем и образование твердого шанкра. Теперь становится понятным, что в данной ситуации возникла роковая ошибка, так как гнойное содержимое было взято от пациента, страдавшего сочетанной патологией – гонореей и сифилисом. Несмотря на то, что учение унитаристов являлось ошибочным, данное направление продолжало поддерживаться вплоть до начала нынешнего столетия. Одним из активных сторонников другого учения – дуалистов, являлся ученый из Франции Ф. Рикор, доказавший, что оба заболевания (сифилис и гонорея) являются отдельными патологиями. С этой целью ученый, начиная с 1831 и по 1837 год, провел массовое заражение узников, приговоренных к смертной казни, заразив 700 человек сифилисом и 667 человек гонореей и такой ценой снискал себе историческую известность [55, 72, 95, 97, 199, 211, 256].

А. Нейссер (1879) обнаружил и описал специфический возбудитель гонореи – гонококк, а Э. Бумм (1885) выделил чистую культуру гонококка. Таким образом, заразительность гонореи была доказана [55, 72, 95, 130, 211, 256].

Бледную трепонему открыли F. Schaudinn и E. Hoffmann (1905). Начало серологической диагностики сифилиса было положено А. Wasserman, А. Neisser и С. Bruk (1903), которые предложили использовать принцип реакции

связывания комплемента (РСК), разработанный французскими учеными J. Bordet и O. Gengon (1901).

За последние десятилетия, в связи с развитием методов диагностики и внедрения новых инновационных технологических аппаратур, были открыты ранее неизвестные науке этиологические причины ИППП: хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднелез, ВПГ, ЦМВ, ВПЧ, ВИЧ и др. В распространении ИППП важное значение имели социально-бытовые, экономические условия жизни [44, 71, 79, 82, 95, 205, 363].

Таким образом, исследование возникновения и развития службы дерматовенерологической помощи показало, что изучение болезней кожи и венерических болезней в различных регионах мира началось с глубокой древности и развивалось по-разному в разные годы.

1.2. История становления и развития дерматовенерологической службы Республики Таджикистан до обретения государственной независимости

На территории среднеазиатских государств до момента их соединения с Россией (вторая половина 19-го столетия) не существовало лечебных заведений и медиков [17, 18, 222]. Лечением пациентов, включая страдающих венерическими заболеваниями, занимались представители реакционного духовенства, различного рода табибы и знахари, у которых, как правило, не имелось медицинского образования. О частоте распространения венерических заболеваний среди жителей среднеазиатских государств до момента их присоединения к России встречаются лишь единичные сведения из сохранившейся литературы. Также подобная информация встречается и в записках ряда путешественников и чиновников, а также врачей, которые находились в тот период времени на этих территориях и фиксировали наличие различного рода тяжелых патологий [17, 18, 222, 244].

Первые лечебные заведения и медики на территории среднеазиатских государств начали появляться только после их присоединения к России, однако

их общее число и объём оказываемой помощи были недостаточными [125, 126].

На территории современного Таджикистана существовала лишь одна амбулаторная лечебница для местных женщин и детей в г. Ходженте, которая была открыта 29.XI.1886. Больных с болезнями, передаваемыми половыми путями (сифилис), там же лечили врачи общего профиля и фельдшера. За 1886 – 1893 гг. среди 18640 зарегистрированных пациентов – 5,7% составили больные сифилисом [160]. Первым лечебным учреждением в Бухарском Ханстве была русско-туземная больница, которая была открыта в г. Бухаре в 1891 г., где лечились 34 больных с диагнозом сифилис в 1910 г. (21 мужчинам и 13 женщин). В том же году 2911 венерических больных были приняты амбулаторно в Бухарскую русско-туземную больницу [250]. По сведениям Д.Н. Логофета (1911), в Бухарском Ханстве жители наряду с лихорадкой, желудочно-кишечными заболеваниями, пендинкой, риштой, проказой, зобом, глазными болезнями, туберкулезом, тяжело болели также сифилисом [125, 126].

В структуре заболеваемости населения г. Ходжента и Ходжентского уезда за 1916 г. (по данным обращаемости к врачам и фельдшерам) удельный вес (в % к итогу) сифилиса первичного составлял 1,11%, а заболеваемость на 100 тыс. населения была равна 0,8, сифилиса рецидивного - соответственно 0,13% и 0,09 и сифилиса гуммозного - 1,82% и 1,34 [222, 245, 248]. Из 587 больных, лечившихся в Бухарской русско-туземной больнице в 1910 г. 34 больных (6%) (23 местные и 11 европейцы) лечились от венерических заболеваний [17, 18, 222, 246, 247, 250].

Единственное указание на структуру заболеваемости населения Памира имеется в статье Аверкиева (1905). По его данным, больные, обратившиеся по поводу кожных болезней, к общему числу зарегистрированных больных составили 38,9%, больные заразными болезнями – 14,8%, сифилисом – 31,9% [222, 249].

С первых дней установления Советской власти в Таджикистане, ввиду отсутствия гражданских медицинских работников, медицинскую помощь населению оказывали военные медики из частей Красной Армии,

дислоцированных в различных районах [95, 222, 223].

По данным обращаемости за медицинской помощью, среди всех заболеваний кожные болезни занимали первое место. Значителен был удельный туберкулеза и сифилиса, главным образом его врожденные формы [95, 222, 223].

По отчетам Наркомздрава Таджикской АССР, в 1925-1926 гг. пораженность населения сифилисом составляла 3,1%, в отдельных районах она была еще выше.

Первым гражданским лечебным учреждением Таджикской АССР была главно-хирургическая амбулатория, которая открылась в г. Душанбе в феврале 1925 г. В том же году она была реорганизована в городскую больницу и переведена из бердановых барачков в здание европейского типа. Число коек в больнице с 8 возросло в июне 1925 г. до 33, девять коек из них предназначены были для лечения терапевтических и венерических больных [221].

Дерматовенерологическая служба в республике началась с момента создания первого венерологического пункта в 1926 г. в городе Душанбе в составе городской амбулатории. Постановлением Совета Народных Комиссаров Таджикской АССР от 21.12.1927, протокол №14, для оказания специализированной медицинской помощи населению в г. Душанбе решено было открыть кожно-венерологический диспансер, который в составе городской амбулатории начал функционировать в 1928 году. Это было первое в республике узкоспециализированное лечебное учреждение. В 1929 г. на территории республики уже функционировали 9 кожно-венерических учреждений: один кожно-венерологический диспансер и 8 кожно-венерологических кабинетов в нескольких городах (Ходжент, Канибадам, Ура-Тюбе, Куляб и др.). В 1931 г. кожно-венерологический диспансер переименован в Республиканский кожно-венерологический диспансер. В 1930 году был открыт Кулябский областной кожно-венерологический диспансер, в 1932 году - Ленинабадский областной кожно-венерологический диспансер, в 1958 году - Курган-Тюбинский областной кожно-венерологический диспансер, в 1966 году - Областной кожно-

венерологический диспансер ГБАО и в 1970 году - Городская кожно-венерологическая больница в городе Душанбе. Была организована кожно-венерологическая сеть в республике. 1930-1940 гг. характеризуются значительным развитием дерматовенерологической службы. К 40-му году в республике функционировали 22 кожно-венерологических учреждения, в том числе 3 диспансера (в Душанбе, Ходженте и Кулябе) и 18 кожно-венерологических кабинетов (Курган-Тюбе, Гиссаре, Шахринау, Ромите, Кокташе, Муминабаде, Аральске, Шаартузе, Пяндже, Гарме, Джиргатале, Пенджикенте, Аште, Матче, Исфаре, Пролетарске, Захматобаде (ныне Айни) и в г. Хороге). Подготовлены специалисты – высококвалифицированные кожно-венерологи, лаборанты и средние медицинские работники [72, 93, 95, 97, 181].

Значительно повысилась обеспеченность республики медицинскими кадрами высшей и средней квалификации. В конце 1939 г. в столице республики был создан медицинский институт, в дальнейшем - медицинское училище, что резко улучшило перспективы обеспечения республики врачами и работниками среднего медицинского персонала на будущее время. В годы войны, вследствие развертывания большого числа эвакуационных госпиталей, расширилась и медицинская сеть служб по оказанию помощи гражданскому населению. Тем самым, в республику в большом количестве стали приезжать эвакуированные медицинские работники, вследствие чего наблюдалось не только возмещение уехавших на фронт специалистов, но и отмечалось достижение роста количества медицинских работников по сравнению с последним довоенным годом. Однако уже с 1943 г. эвакуированные стали возвращаться в освобожденные города и количество медицинских работников, в первую очередь врачей, стало снижаться [222]. Не компенсировали данную убыль и первые выпускники Сталинабадского медицинского института, которые окончили данный вуз в 1943-44 годах, так как многие из них поступили на службу в армию. Таким образом, к 1945 году, на фоне увеличения количества медицинских учреждений, отмечалось уменьшение общего числа медицинских

работников. В период войны в республике резко возросла заболеваемость сыпным тифом и малярией, что потребовало повышенного внимания медицинских работников на борьбу с этими заболеваниями [222, 224].

В послевоенный период и 50-60-е годы дерматовенерологическая служба Таджикистана получила дальнейшее развитие. В большинстве городов и районов были организованы отделения, кабинеты и диспансеры с крупными стационарами [72, 93, 94, 95, 97].

К середине 1970-х годов в республике функционировало 61 кожно-венерологическое учреждение (18 диспансеров, 9 отделений и 34 кабинета). Обеспеченность койками составляла 5 на 10 тыс. населения (среднесоюзный показатель – 2,3). В службе работали 143 врача дерматовенеролога и 25 врачей-лаборантов [72, 93, 94, 95, 97].

Нами установлено, что к середине 80-х годов специализированную помощь населению республики оказывали 56 учреждений, в том числе 16 диспансеров, 9 отделений и 31 кабинет. При них функционировали 22 серологических, 20 клинико-диагностических и 6 бактериологических лабораторий [93, 94, 95, 97].

В годы Советского Союза до обретения независимости в РТ работал Республиканский кожно-венерологический диспансер, 4 областных кожно-венерологических диспансеров, одна городская клиническая кожно-венерологическая больница в городе Душанбе, кафедра кожных и венерических болезней ТГМИ им. Абуали ибни Сино на базе ГКБ №1, которые имели кожные отделения, и во всех районах и городах РРП функционировали кожные отделения и кабинеты [93, 95, 97, 122, 200, 201, 206, 213, 224].

В Ленинабадской области (Согдийской) с 1928 года работали врачи кожвенерологи. Потом, постепенно, было открыто на базе санбаклаборатории в городе Ходженте в 1931 году серологическое отделение, а в 1932 году - первое здание кожно-венерического диспансера. Были открыты кожно-венерологические кабинеты, пункты и отделения в Канибадаме, Истаравшане, Исфаре, Пенджикенте и в ряде других районов [11, 93, 95, 106, 223].

В Хатлонской области (она объединяла Кулябскую и Курган-Тюбинскую зоны) были организованы специализированные кожно-венерологические кабинеты. В 1930 году в городе Кулябе был открыт кожно-венерологический диспансер. В городе Курган-Тюбе кожно-венерологический диспансер открыли в 1958 году. Структура областных диспансеров состояла из амбулатории (вели приём больных) и стационарного отделения. Кроме этого, на базе диспансера функционировали лаборатория и физиотерапевтическое отделение. Постепенно во всех районах и городах Хатлонской области были открыты кожно-венерологические кабинеты, пункты и отделения [93, 95, 97, 225].

В ГБАО на базе Областной поликлиники города Хорога, в 1938 г. впервые был открыт кабинет дерматолога. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт Областной кожно-венерологический диспансер. Постепенно по всей области были открыты кожные кабинеты и на базе диспансера создана лаборатория [93, 95, 140, 242].

В городе Душанбе, столице Республики Таджикистан, в 1970 году открылся городской кожно-венерологический диспансер (ГКВД), который имел поликлиническую часть и венерологическое отделение, состоявшее из 100 коек. ГКВД г. Душанбе обслуживал столицу республики и ближайщие районы [128].

Наряду с областями, в районах республиканского подчинения были открыты сначала кожные кабинеты, затем кожные отделения. В городе Турсунзаде была открыта кожно-венерологическая больница, а в городе Вахдате (Орджоникидзабад) и Гиссарском районе были открыты кожные отделения, а в остальных районах и городах кожно-венерологические кабинеты на базе ЦРБ [93, 95, 97, 145].

Для обучения студентов и подготовки специалистов в Республиканской больнице (в последующем ГKB №1) в 1941 году на базе терапевтического отделения была открыта кафедра кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино (ныне университет), в дальнейшем в этой больнице было открыто кожное

отделение, которое имело свою лабораторию, оснащенную в то время современным оборудованием [72, 74, 75, 93, 95]. Кафедру кожных болезней Таджикского государственного медицинского института последовательно возглавляли профессор А.Я. Прокопчук (1941-1943), профессор И.Д. Перкель (1943-1945), доцент Л.М. Кенигсберг (1945-1960), профессор Б.Р. Рахматов (1960-1978), доцент Е.Т. Исаева (1978-1983). С 1983 до 2015 гг. кафедрой заведовал профессор П.Т. Зоиров. С 2015 года и по настоящее время кафедру возглавляет д.м.н. Мухамадиева К.М. Сотрудники кафедры внесли немалый вклад в развитие дерматологии. Кафедра кожных болезней Таджикского государственного медицинского университета работает над такими проблемами, как туберкулез кожи, грибковые заболевания, хронические рецидивирующие дерматозы, сифилис, ИППП, курортотерапия и др. По результатам проведенных исследований защищены 8 докторских и 40 кандидатских диссертаций, опубликованы 652 статьи, 417 тезисов, 27 методических рекомендаций, 36 рацпредложений, 11 патентов. Впервые написан учебник «Болезни кожи» в 1991г., потом «Венерические заболевания», «Частная дерматология» и «Дерматология ва венерология». За этот период были изданы 17 монографий и учебников, 10 клинических протоколов, 7 инструкций.

Первичная специализация и усовершенствование врачей дерматовенерологов Таджикистана начали проводиться с конца 40-х годов XX века. До конца 50-х годов для обучения специальности и повышения квалификации врачи-дерматовенерологи республики выезжали в другие города бывшего СССР. С начала 60-х годов первичная подготовка и переподготовка врачей-дерматовенерологов начала осуществляться на кафедре кожных и венерических болезней ТГМИ им. Абуали ибни Сино. В начале 70-х годов на базе Республиканского кожно-венерологического диспансера была организована годичная специализация (интернатура) для подготовки врачей-дерматовенерологов. В 1986 году при факультете усовершенствования врачей ТГМИ им. Абуали ибни Сино на базе Республиканского кожно-

венерологического диспансера был открыт доцентский курс дерматовенерологии, который в 1993 году с образованием Таджикского института последипломной подготовки медицинских кадров был реорганизован в кафедру дерматовенерологии. С 2015 года при кафедре открыт курс косметологии [74, 75, 91, 95, 96]. С 1986 г. до 1996 г. заведующим курсом дерматовенерологии, а в дальнейшем кафедрой, был доцент Киямов Ф.А., с 1996 до 2015 гг. кафедрой руководил профессор Касымов О.И., с 2015 г. по настоящее время заведующей кафедрой дерматовенерологии с курсом косметологии является доцент Муниева С.Х. Кафедра подготовила 1 доктора и 11 кандидатов медицинских наук.

Открытие баз по подготовке специалистов способствовало заметному увеличению количества врачей дерматовенерологов в республике. Так, если число врачей по специальности дерматовенерологии в 1945 году составляло 20 человек, то уже к концу 60-х годов их количество увеличилось до 101, а к середине 70-х годов – до 143. В конце 80-х годов количество врачей дерматовенерологов в республике достигло 182 человека.

Что касается научных кадров, то до 60-х годов их подготовка осуществлялась в научных центрах Европейской части СССР. С середины 60-х годов и в дальнейшем подготовка научных кадров для республики проводилась преимущественно в г. Душанбе. Дерматовенерологами республики к периоду распада Советского Союза были защищены 2 докторские и 14 кандидатских диссертаций, опубликовано свыше 250 статей, методических разработок, монографий, брошюр, получено 11 удостоверений на рационализаторские предложения [74, 91, 93, 96, 97, 201, 224].

Первое стационарное отделение при кожвендиспансере на 26 коек было открыто в 1933 г. в Ходженге, затем в 1935 г. - на 20 коек в Душанбе при Республиканской больнице. В конце 1935 г. в Душанбе была открыта грибковая больница на 50 коек. Перед началом Великой Отечественной войны республика имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений: в городах, и районах функционировало 31 специализированное учреждение с 174 койками, к

концу 1945 г. количество коек в кожно-венерологических учреждениях республики увеличилось до 240. В дальнейшем коечная обеспеченность дерматовенерологических отделений республики продолжала расти, составив к 1965 году 765 коек, к середине 70-х годов – 1650, к середине 80-х годов развернуто было 1740 кожно-венерологических коек, что полностью обеспечивало госпитализацию больных. В последующем, в связи со значительным уменьшением числа больных венерическими и заразными кожными заболеваниями, количество дерматологических коек в республике было сокращено, составив к началу 90-х годов 1167 коек [93, 95, 97].

Таким образом, дерматовенерологическая служба Таджикистана, как и другие медицинские службы, образовалась и получила всестороннее развитие в Советские годы. Однако, следует отметить, к периоду распада СССР кадровый и материально-технический потенциал службы в сфере диагностики и лечения ИППП имел некоторые недостатки. В некоторых районах республики ощущалась нехватка врачей дерматовенерологов и средних медицинских работников. Из-за недостаточного финансирования в некоторых кожно-венерологических учреждениях отсутствовали клинические или серологические лаборатории, не хватало врачей-лаборантов. Одной из важных причин периодических вспышек заболеваемости населения инфекциями, передающимися половым путем, в те годы являлось ослабление, а в некоторых регионах отсутствие взаимосвязанной работы дерматовенерологической службы с эпидемиологической, акушерско-гинекологической и урологической службами.

1.3. Нормативно–правовые аспекты деятельности службы дерматовенерологической помощи

Деятельность службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан началась с середины 20-х годов прошлого столетия после установления Советской власти. До распада СССР деятельность этой службы регулировалась приказами Минздрава СССР и Минздрава Таджикской ССР. В

1938 г. был создан отдел по организации борьбы с венерическими заболеваниями при Народном комиссариате здравоохранения СССР, в 50-е годы в связи с резким снижением венерических болезней отдел был ликвидирован. С тех пор в Министерстве здравоохранения СССР организацией борьбы с венерическими болезнями занимались специалисты в составе Управления специализированной медицинской помощи [72, 73, 93, 95, 97, 222].

В декабре 1921 г. в Москве с целью улучшения организации борьбы с венерическими заболеваниями и подготовки специализированных научных кадров был открыт Государственный венерологический институт при Народном комиссариате здравоохранения РСФСР, который в 1938 г. был преобразован в Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт (ЦКВИ) Министерства здравоохранения СССР. До распада СССР ЦКВИ являлся главным научно-исследовательским учреждением, а также проводником государственной политики Минздрава СССР в области практической венерологии [59, 211, 256].

Также были организованы Харьковский, Горьковский и Свердловский НИИ дерматовенерологии, в Астрахани – ВНИИ по изучению лепры, в Москве – НИИ косметологии Минздрава РСФСР. Такие же институты были организованы в ряде союзных республик: Казахский, Узбекский, Грузинский, Туркменский НИИ. Кроме НИИ, научно-исследовательскую работу по профилю проводили 95 кафедр кожных и венерических болезней медицинских институтов и институтов усовершенствования врачей. Головным институтом по проблеме являлся ЦКВИ Минздрава СССР. Научные исследования по венерологии осуществлялись в рамках союзной и республиканских отраслевых целевых программ. В СССР для полноты выявления случаев сифилиса все серологические лаборатории обязаны были проводить комплексное серологическое исследование. Ежегодно расширялась сеть лабораторий, ставящих РИТ и РИФ, внедрена в практику новая специфическая реакция на сифилис – реакция иммунного прилипания, ЦКВИ предложена

высококочувствительная специфическая реакция для серодиагностики этой инфекции – реакция иммуноферментного анализа (ИФА) [59, 95, 181, 211, 256].

Государственный уровень борьбы с венерическими болезнями в СССР лучше всего характеризуется рядом правительственных документов, решавших в эпидемиологические напряженные годы правовые, организационные, юридические, социальные и другие вопросы. Среди них – Постановление ВЦИК и СНК СССР от 24.01.1927 «О мерах борьбы с венерическими болезнями», Постановление Совнаркома СССР от 04.11.1945 «О мероприятиях по усилению борьбы с венерическими болезнями», Указ Президиума Верховного Совета СССР от 01.10.1971 «Об усилении ответственности за распространение венерических болезней», а также постановление Совета Министров СССР № 139 от 1974 г. и № 72 от 1977 г., посвященные исключительно мерам по усилению борьбы с распространением венерических заболеваний [168, 179, 182, 230, 256].

Государственность борьбы с венерическими болезнями отражена и в «Основах законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении» (утверждены Законом СССР от 19.12.1969, с изменениями и дополнениями в соответствии с Указом Президиума Верховного Совета СССР от 18.06.1979, где статья 36 «Специальные меры профилактики и лечения» говорит, что «В целях охраны здоровья населения органы здравоохранения обязаны осуществлять специальные меры профилактики и лечения заболеваний, представляющих опасность для окружающих (туберкулез, психические, венерические заболевания, лепра, хронический алкоголизм, наркомания), а также карантинных заболеваний. Законодательством Союза ССР и союзных республик установлены были порядок принудительного лечения и принудительной госпитализации страдающих указанными заболеваниями» [68, 211, 231, 256].

Во всех республиках СССР при органах здравоохранения функционировали штабы по борьбе с венерическими болезнями, решавшие медицинские вопросы применительно к эпидемиологической ситуации.

Предложенный в середине 60-х годов советской венерологией диспансерный метод обслуживания больных при такой сложной эпидемиологической обстановке внутри страны способствовал удерживанию под контролем заболеваемость венерическими болезнями в 60–70-е годы (за рубежом в эти годы заболеваемость трактовалась как вышедшая из-под контроля). Диспансерный метод как метод эффективного противостояния массивному распространению инфекции не знает себе равных.

Укрепление диспансерного метода в борьбе с распространением венерических заболеваний в 80-е годы стало необходимым и в связи с распространением ВИЧ/СПИДа. Минздравом СССР в 1988 году была организована специальная служба по профилактике СПИДа, которая занималась организацией массовых профилактических обследований на ВИЧ-инфекцию и установление диспансерного наблюдения за заболевшими и вирусоносителями, т.е. применение традиционных в венерологии организационных методов борьбы с инфекциями [211, 256].

Государственная система борьбы с венерическими болезнями в СССР основывалась на единстве управления и планирования, профилактическом направлении, единстве медицинской науки и практики, безопасности и общедоступности высококвалифицированной медицинской помощи, широком участии населения и активной помощи партийных и советских органов.

Единство управления и планирования. В союзных республиках ежегодно составлялись комплексные планы мероприятий по борьбе с венерическими и кожными болезнями, разрабатываемые в соответствии с перспективным планом развития дерматовенерологической помощи населению соответствующей территории. Ежегодный комплексный план указанных мероприятий являлся документом, координирующим противовенерическую деятельность всей медицинской сети.

Профилактическое направление нашло свое отражение в четком диспансерном методе работы и эпидемиологическом подходе в борьбе с венерическими болезнями, который заключался в полноте и оперативности

учета заболеваемости, полноте и своевременности госпитализации, быстром выявлении и привлечении к лечению источников и всех контактировавших, включение общемедицинской сети, лечебно-профилактических учреждений города и села в оперативное решение этой задачи.

В диспансерном методе работы одним из основных является обязательный учет больных венерическими заболеваниями, основными формами которого в кожно-венерологических учреждениях были:

1) сообщения о пациентах с впервые выявленным активным туберкулезом, венерическим заболеванием, чесоткой, трахомой, трихофитией, микроспорией, фавусом, психической патологией (учетная форма №089/у);

2) медицинская карта больного венерическим заболеванием (учетная форма №065/у) – заполнялась на всех больных венерическим заболеванием в амбулаторных условиях;

3) медицинская карта стационарного больного (учетная форма №003/у) заполнялась на всех больных венерическими и другими болезнями в стационарах;

4) медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма №025/у) заполнялась на всех лиц, бывших в контакте с больным венерическим заболеванием;

5) контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма №030/у) заполнялась на больных ИППП и всех кожных больных диспансерной группы, больных чесоткой;

6) учетная карта №048/у – на «лицо, подлежащее целевому медицинскому осмотру на выявление...»;

7) учетная форма №057/у («Направление на лечение, обследование в венерологический стационар, подлежащий охране силами подразделений милиции»), №065-2/у («Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью»), №038-0/у («Журнал учета санитарно-просветительной работы») и для лаборатории №260/у («Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)»).

Основными формами отчета кожно-венерологических учреждений были:

- 1) отчет лечебно-профилактического учреждения по форме №1 (годовая) - основная форма отчета любого лечебно-профилактического учреждения. Заполнялся каждым кожно-венерологическим диспансером, отделением или кабинетом. В отчете отражались сведения о посещаемости дерматовенерологов и профилактических осмотрах на предмет выявления венерических или заразных кожных болезней; о числе серологически обследованных больных соматических стационаров; о диспансерном наблюдении за отдельным контингентом больных дерматовенерологического профиля; о деятельности кожно-венерологического стационара;
- 2) отчет (годовой) о больных венерическими, грибковыми кожными болезнями и трихомониазом (отчет-вкладыш №5 к отчетной форме №1) составлялся всеми кожно-венерологическими учреждениями.

Учетная и отчетная документация, единая для всех лечебно-профилактических учреждений страны, не только служила для регистрации заболеваемости и состояния медицинской помощи, но и являлась предметом анализа ее полноты. На основании анализа осуществлялось планирование противоэпидемических мероприятий.

В 80-е годы сведения учетной и отчетной документации кожно-венерологических и других медицинских учреждений начали вводиться в ЭВМ в целях более оперативного управления эпидемической ситуацией по венерическим болезням.

Обязательной госпитализации в течение 24 ч после установления диагноза подлежали все больные заразными формами сифилиса (сифилис I, сифилис II свежий, сифилис II рецидивный), в том числе дети с ранним врожденным сифилисом с проявлениями, больные ранним скрытым сифилисом, а также пациенты с гонореей, у которых нет постоянного места проживания, больные осложненной и хронической гонореей, дети, страдающие гонореей.

В случае отказа от госпитализации больных венерическими болезнями и лиц, бывших с ними в контакте, органы и учреждения здравоохранения имели право госпитализировать их принудительно.

Обследование членов семьи и лиц, бывших в контакте с больным, являлось одним из основных моментов противоэпидемической деятельности непосредственно в очаге заболевания. При отказе этих лиц от обследования в добровольном порядке их привлекали к обследованию принудительно, в том числе с помощью органов милиции [93, 95, 97].

С целью профилактики врожденного сифилиса проводилось серологическое обследование (двукратное) беременных в первой и во второй половине беременности.

Серологический контроль над больными, находящимися в общесоматических стационарах, с целью раннего выявления висцерального сифилиса, скрытых форм сифилиса, позднего врожденного сифилиса, сифилиса нервной системы проводился при активном участии терапевтов, невропатологов, педиатров, психиатров и врачей других специальностей.

С целью раннего выявления венерических заболеваний в СССР были введены обязательные при приеме на работу и периодические профилактические медицинские обследования определенных профессиональных групп населения.

Кроме обязательных профилактических осмотров и обследований, в зависимости от эпидемической ситуации проводились целевые осмотры на венерические болезни отдельных групп населения.

Санитарно-просветительная работа по профилактике венерических заболеваний проводилась в плановом порядке работниками кожно-венерологических диспансеров, кожно-венерологических отделений и кабинетов, сотрудниками НИИ, работниками кафедр кожных болезней медицинских вузов, а также работниками лечебно-профилактических учреждений другого профиля (акушерско-гинекологическими, педиатрическими и др.).

Благодаря общедоступности и бесплатности медицинской помощи в СССР все пациенты с кожно-венерологическими патологиями могли получать плановую, научно обоснованную, доступную, бесплатную и высококвалифицированную диагностическую, лечебную и профилактическую помощь. Кожно-венерологический диспансер был основным профильным учреждением по борьбе с кожными и венерическими заболеваниями.

К показателям обеспеченности населения дерматовенерологической помощью относились: 1) сеть кожно-венерологических учреждений в абсолютных цифрах: всего кожно-венерологических учреждений, в том числе диспансеров; 2) оснащенность кожно-венерологических диспансеров лабораторными службами; число диспансеров, имеющих серологические и бактериологические лаборатории; 3) число кожно-венерологических диспансеров, имеющих стационары, которое выражается абсолютными цифрами; 4) обеспеченность населения врачами-дерматовенерологами; выражается в виде интенсивного показателя: число врачей-дерматовенерологов (физические лица) на 10 тыс. населения.

Принципы и методы лечения и профилактики сифилиса и гонореи нашли отражение в «Инструкции по лечению и профилактике сифилиса» и «Инструкции по лечению и профилактике гонореи» Министерства здравоохранения СССР, 1986 г. [211, 256].

В Таджикской ССР начало планомерной организации борьбы с венерическими болезнями было положено Постановлением ЦИК и Совнаркома Таджикской АССР №20 от 16 июня 1928 г. «О мерах борьбы с венерическими болезнями», в котором наряду с основными задачами по организации борьбы с БППП, были намечены мероприятия по принудительному лечению венерических больных [95, 97, 183].

Для успешной борьбы с распространением венерических болезней в период неблагоприятной эпидемиологической обстановки в 60-70 годы приказом Министра здравоохранения Таджикской ССР от 31.08.1972 №664 при Министерстве здравоохранения республики, областных, городских

управлениях здравоохранения и центральных районных больницах были организованы штабы, а в 1986 г. - для координации деятельности различных ведомств Постановлением Совета Министров Таджикской ССР от 7.10. №267-25 была создана Республиканская межведомственная комиссия по борьбе с венерическими заболеваниями [95, 97, 180, 193].

Нормативно–правовая база службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до сих пор основывается на действующих на территории РТ приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами МЗ ССР, которые не соответствуют современным требованиям и не дают желаемого результата. Это было связано с тем, что в Республике Таджикистан был принят закон, утвержденный Президентом от 26.03.2009 №506, где в пункте 2 статьи 7 предписано, что законы и другие нормативно-правовые акты бывшего Союза Советских Социалистических Республик и Таджикской Советской Социалистической Республики, не противоречащие Конституции (Основной закон Республики Таджикистан), законам Республики Таджикистан и другим международным правовым актам, признанным Таджикистаном, считать действующими на территории Республики Таджикистан до принятия соответствующих нормативно-правовых актов [67, 68].

Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь городских и областных (республиканских) кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов в РТ до настоящего времени устанавливаются согласно приказам и нормативным документам МЗ ССР в следующей численности [145, 146, 147]: 1) должности врачей-кожвенерологов в амбулаторных (диспансерных) учреждениях для оказания соответствующей помощи в условиях городского диспансера определяются в соотношении 0,55 врачей на 10 тыс. жителей города, включая детей; 2) должности врачей-кожвенерологов в амбулаторных (диспансерных) учреждениях для оказания соответствующей помощи в условиях областных (или республиканских) диспансеров распределяются в соотношении 0,3 врачей

на 10 тыс. жителей области (или по республике), включая детей. Для стационарных учреждений должности врачей-кожвенерологов распределяются в соотношении 1 врач на 40 койко-мест. Должности врачей-кожвенерологов в клинических учреждениях распределяются с учетом объема работы, выполняемой ассистентами и научными сотрудниками, и в зависимости от установленной для этих работников нагрузки; 3) расчет необходимого количества врачей-лаборантов в амбулаторных учреждениях производится из расчета одна должность на 10 врачей-кожвенерологов, для стационарных учреждений расчетное соотношение врачей-лаборантов составляет одну должность на 150 койко-мест. В диспансерных учреждениях области (или республики) выделяется минимум одна должность врача-лаборанта; 4) В диспансерных (амбулаторных) учреждениях должности заведующих отделениями распределяются в зависимости от общего количества медицинских работников с учетом наличия 5,5 – 10 должностей, а в стационарных учреждениях - свыше 50 койко-мест в данном отделении; 5) для включения должности заведующего лабораторией необходимо наличие одной ставки для врача-лаборанта; 6) для каждого диспансерного учреждения города, области (или республики) выделяется отдельная должность заведующего оргметод кабинетом; 7) для добавления в штат диспансерного учреждения должности замглаврача по медицинской работе необходимо наличие в штате учреждения свыше 40 должностей для врачей, включая самого главврача. Данную должность выделяют за счет замещения одной должности заведующего отделением. Для медицинских работников среднего звена устанавливается следующий расчет: 8) общее количество устанавливаемых должностей для медицинских сестер в диспансерных учреждениях города и области (или республики) соответствует количеству должностей для врачей-кожвенерологов; 9) общее количество устанавливаемых должностей для медсестер (палатных) составляет один пост в сутки на 40 койко-мест для взрослых пациентов; на 30 койко-мест для пациентов детского возраста; на 15 койко-мест для детей в возрасте до 12 месяцев; 10) общее количество

устанавливаемых должностей для процедурных медсестер составляет одна должность на 50 койко-мест; 11) общее количество устанавливаемых должностей для лаборантов амбулаторного учреждения составляет одна должность на каждые 3 имеющиеся должности для врачей-кожвенерологов, для стационарных учреждений это соотношение составляет одна должность на 50 койко-мест; 12) общее количество устанавливаемых должностей для медсестер физиотерапевтического кабинета в диспансерных учреждениях на более 50 койко-мест распределяется в соотношении одна должность на 15 тыс. планируемого проведения физиотерапевтических процедур в течение 12 месяцев; 13) общее количество устанавливаемых должностей для медсестер приемного отделения в диспансерных учреждениях на 100-200 койко-мест распределяется в соотношении 0,5 должности 200 койко-мест и одна должность на более 200 койко-мест; 14) общее количество устанавливаемых должностей для дезинфекторов по работе с имеющейся дезустановкой с условием наличия дезинфекционной камеры составляет: для диспансерных учреждений с содержанием от 75 до 150 койко-мест приходится 0,5 должности, для диспансерных учреждений с содержанием более 150 койко-мест приходится одна должность; 15) общее количество устанавливаемых должностей для медицинских регистраторов составляет одна должность на каждые 5 должностей врачей приемного покоя; 16) общее количество устанавливаемых должностей для работников медицинской статистики в диспансерных учреждениях составляет 0,5 должности на каждые 5-10 врачей приемного покоя и одна должность на число врачей, превышающее 10; 17) общее количество устанавливаемых должностей для старших медсестер в стационарных учреждениях равно количеству должностей, устанавливаемых для заведующих отделениями; 18) для должности главной медсестры выделяется штат в диспансерных учреждениях, соответствующих I – X группам. В диспансерных учреждениях, соответствующих XI группе, выделяется штат для старшей медсестры данного учреждения. Для медицинских работников младшего звена устанавливается следующий расчет: 19) общее количество устанавливаемых

должностей для сестер-хозяек в стационарных учреждениях соответствует количеству устанавливаемых должностей для заведующих отделениями; 20) общее количество устанавливаемых должностей для санитарок врачебных кабинетов в амбулаторных учреждениях составляет одна должность на каждые 3 должности врачей; 21) общее количество устанавливаемых должностей для младшего медицинского персонала, работающего с пациентами, составляет 1 пост в сутки на 40 койко-мест для взрослых больных, на 30 койко-мест для пациентов детского возраста, на 15 койко-мест для пациентов в возрасте до 12 месяцев; 22) общее количество устанавливаемых должностей для санитарки-буфетчицы составляет одна должность на каждые 30 койко-мест, для должности санитарки-уборщицы – 1 должность на 60 койко-мест, а для должности санитарки-ваннщицы – 1 должность на 50 койко-мест; 23) общее количество устанавливаемых должностей для санитарок лаборатории равно количеству должностей, устанавливаемых для врачей-лаборантов, в том числе и для заведующего лабораторией; 24) общее количество устанавливаемых должностей для санитарок физиотерапевтического кабинета составляет 0,5 должности на одну устанавливаемую должность для медсестры данного кабинета; 25) для выделения должности для санитарки приемного отделения в диспансерных учреждениях необходимо наличие в нем 100 и более койко-мест; 26) для выделения должности для санитарки регистратуры в приемном отделении необходимо наличие в нем более 10 должностей, выделяемых для врачей. Для работников педагогического звена устанавливается следующий расчет: 27) общее количество устанавливаемых должностей для воспитателей составляет одна должность на каждые 50 пациентов детского возраста; 28) в диспансерных учреждениях, рассчитанных на более, чем 100 койко-мест, устанавливается одна должность для заведующего аптекой-провизора (соответствует должности заведующего отделением) и одна должность для санитарки в данной аптеке. Для работников кухонь: 29) должности служащих и профессии рабочих кухонь устанавливались по действующим штатным нормативам работников указанных подразделений [145, 146, 147]

Штатные нормативы работников лабораторной службы. Для медицинских работников централизованных серологических лабораторий устанавливается следующий расчет: 1) общее количество устанавливаемых должностей для врачей-лаборантов составляет одна должность на каждые 150 процедур по анализу сывороток крови в течение одного рабочего дня. В штатной структуре серологических лабораторий, где ставится реакция иммобилизации бледных трепонем (РИБТ), дополнительно устанавливается 1 должность врача-лаборанта и 1 должность лаборанта; 2) в каждой лаборатории устанавливается должность для заведующего за счет замещения одной должности врача-лаборанта; 3) общее количество устанавливаемых должностей для лаборантов составляет одна должность на каждые 75 процедур по анализу сывороток крови в течение одного рабочего дня; 4) общее количество устанавливаемых должностей для должности санитарок соответствует общему числу выделенных должностей для врачей-лаборантов [194, 195, 196].

Таким образом, действующие нормативно-правовые акты, регулирующие деятельность службы дерматовенерологической помощи, не соответствуют современным требованиям и не дают желаемого результата, что требует их пересмотра.

1.4. Состояние реформирования службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных условиях

Реформа службы дерматовенерологической помощи представляет собой инновационный процесс, который предусматривает внедрение современных технических баз, новых организационных подходов, экономических и медицинских инноваций.

Различные аспекты совершенствования службы дерматовенерологической помощи отражены в работах многочисленных авторов [2, 93, 95, 97, 116, 222, 225, 256].

Некоторые авторы отмечают существующий финансовый дефицит, диспропорцию финансирования службы дерматовенерологической помощи,

вследствие чего появляется проблема оснащения службы дерматовенерологической помощи современным лабораторным и медицинским оборудованием, реактивов для диагностики, транспортом и современными средствами связи, и обеспечением высококвалифицированными специалистами [53, 79, 93, 95, 100].

Отстающие темпы структурных преобразований в системе здравоохранения связаны, в основном, с недостатками управленческого характера в использовании экономических механизмов [19, 34].

Сокращение койко-мест вследствие реструктуризации стационарных учреждений, увеличение числа амбулаторных учреждений и сокращение нагрузки на стационарное лечение являются основной задачей реформирования сектора здравоохранения [113, 117, 144, 206, 232].

В структуре основных видов финансовых расходов медицинской помощи на долю стационарной помощи приходится 58,6%, на амбулаторно-поликлиническую - 31,5%, на скорую медицинскую помощь - 7,2% и на стационар-замещающие формы - 2,7% [203, 258].

В различных государствах, на разных этапах развития медицины дерматовенерологическая служба систематически подвергалась реорганизации, как ресурсоемкий вид медицинских услуг [43, 67, 95, 101, 116, 144].

Для улучшения работы службы дерматовенерологической помощи предлагается внедрение единых стандартов, алгоритмов и клинических рекомендаций; оказание помощи на стационарном этапе: создание кабинетов при поликлиниках; получение полной информации о дерматовенерологических болезнях из частнопрактикующих центров [65, 86, 198, 232, 234, 235, 255].

В службе дерматовенерологической помощи использование современных информационных технологий имеет особую актуальность в силу социальной значимости данной патологии. Вариант создания единой информационной инфраструктуры (ЕИИ) в деятельности службы дерматовенерологической помощи является основным компонентом оптимизационной модели [203, 211, 229, 255, 285, 298, 316, 371].

Внедрение автоматизированной системы управления (АСУ) позволит рационально использовать имеющиеся ресурсы для принятия оптимального решения, для выполнения повышенного объема работы и возможность выявления изменения от нормативов. Современные информационные технологии позволяют не только ускорять процесс сбора информации и её анализа, но и моделировать текущее состояние проблемы, генерировать возможные решения, корректировать способы и критерии формирования решения. Автоматизированная система управления, телемедицина в службе дерматовенерологической помощи позволяют увеличить доступ населения к оказанию своевременной и высококвалифицированной помощи [163, 177].

Согласно исследованиям многих авторов, с внедрением общей врачебной практики встал вопрос о реорганизации службы дерматовенерологической помощи. Согласно исследованиям Кубановой А.А. (2018 г.), в течение 2013 - 2017 гг. по всей России на 15,2% сократилось общее количество кожно-венерологических диспансеров, при этом отмечалось увеличение на 14,0% общего числа медицинских центров по оказанию специализированной помощи. Это способствовало сокращению общего количества врачей-кожвенерологов, работающих в государственных и муниципальных медицинских учреждениях, с 9298 в 2013 году до 8332 в 2017 году. Показатель обеспеченности врачей-кожвенерологов на 10 тыс. населения страны сократился на 12% - с 0,65 в 2013 году до 0,57 - в 2017 году [111, 115, 117].

В 2017 году специализированная помощь жителям России оказывалась в 123 дерматовенерологических диспансерах, в 8 медицинских центрах и в 3243 специализированных отделениях и кабинетах. Укомплектованность российских кожвенучреждений врачами дерматовенерологами в 2017 году составила в общем 87% [34, 35, 104, 115, 116, 203, 259].

В 2010 году в РФ была разработана и внедрена новая модель здравоохранения, заключающаяся в одноканальном финансировании посредством внедрения обязательного медицинского страхования, кожно-

венерологические диспансеры, по-прежнему, имеют статус головных профильных центров [61, 115, 212].

На настоящее время в РФ разработан проект для системы здравоохранения. Основной задачей проекта «Здравоохранение» является организация сети медицинских учреждений по оказанию первичной медико-санитарной помощи и их полная укомплектованность соответствующими медицинскими работниками [22, 23, 24, 52, 53, 61, 116, 155, 185, 203, 229, 236].

Особое значение для службы имеет определение основных моментов улучшения оказания кожновенерологической помощи жителям страны на основе практической деятельности [3, 50, 111, 116, 143].

В прошлом столетии в структуре дерматовенерологических отделений функционировали отдельные кабинеты для дерматологов и венерологов, а также процедурные кабинеты. Прием пациентов производился с расчетом 8 пациентов в течение одного часа или 1,25 при оказании медицинской помощи на дому. Такой принцип диспансерного наблюдения пациентов с кожновенерологическими заболеваниями не утратил своей актуальности и на сегодняшний день.

Необходимо улучшить степень доступности кожновенерологической помощи для детей [42, 56, 104, 113, 115, 187, 190, 199, 212].

Помимо этого, ввиду уменьшения числа пациентов с ВИЧ-инфекцией, а также сокращения количества оказываемой медицинской помощи в условиях стационара, целесообразным считается рассмотрение возможности развития интеграционных мероприятий по оказанию соответствующей медицинской помощи таким пациентам между дерматовенерологическими учреждениями и специализированными центрами.

Отдельную проблему для системы здравоохранения составляет уход врачей кожновенерологов из государственного сектора в частный, с первую очередь за счет их переквалификации в дерматокосметологов. При этом дерматовенерология, по-прежнему, относится к числу наиболее востребованных специальностей [61, 80, 111, 116, 214].

На сегодняшний день в России имеется только одно головное учреждение, занимающееся проблемами дерматовенерологических патологий – это Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии (ГНЦДК), созданный при Государственном венерологическом институте. Этот центр входит в число современных научно-клинических учреждений, которое оснащено самым современным лабораторно-исследовательским оборудованием и в котором работают высококвалифицированные специалисты. При данном центре уже почти в течение полувека функционирует диссовет, в котором проходят защиты диссертаций по специальности «кожные и венерические болезни» [61, 111, 116, 214].

Реализация нацпроекта «Здравоохранение» позволит улучшить доступность граждан к оказанию профильной медицинской помощи пациентам с кожно-венерологическими заболеваниями и улучшить качество оказания данной помощи [116, 163, 177, 186, 188, 189, 229, 237].

После реализации нацпроекта «Здравоохранение» прогнозируется завершение к 2024 году процессов организации взаимодействия медицинских учреждений с использованием единой государственной информационной базы в области медицины, для создания которой требуется формирование цифровой медицинской системы с подключением к цифровой сети данных всех медицинских учреждений, разработка методов дистанционного контроля и так называемой системы «умная клиника», использование возможностей искусственного интеллекта для создания системы поддержки принятия решений медицинским работниками, а также переход на цифровую систему деятельности органов здравоохранения с автоматизированным учетом рабочих кадров и т.д.

В ходе цифровизации системы здравоохранения всего по России в 2017 году медицинские цифровые системы были внедрены в более, чем 9 тыс. медицинских учреждениях; на автоматизированную систему было переведено почти 500 тысяч рабочих мест для медицинских кадров; в 82 регионах была проведена интеграция медицинской цифровой системы с единой

государственной цифровой системой. В течение последних нескольких лет многие дерматовенерологические учреждения были подключены к ряду информационных продуктов, к которым отнесена и медицинская цифровая система [45, 61, 80, 92, 111, 116].

Для повышения эффективности экспорта медицинских услуг, в том числе в кожно-венерологических диспансерах, необходимо привлечь большее количество пациентов из-за рубежа, которые получали бы лечение в российских медицинских учреждениях, что требует использования новых методов лечения и реабилитационных мероприятий, а также улучшение сервиса.

Прогнозируется, что к 2024 году объем дополнительных инвестиций в отечественную систему здравоохранения составит около 1 млрд. американских долларов.

Предусматривается улучшение обслуживания лиц, проживающих в сельской местности, так как организация медицинской помощи там по причине особенностей проживания местных граждан и условий их трудовой деятельности всегда сопровождалась некоторыми трудностями. В связи с функционированием в большинстве случаев только дерматовенерологических кабинетов, располагающихся в ЦРБ, обслуживание населения в сельской местности значительно отличается от городского [26, 28, 29, 32, 35, 46, 49, 51, 60, 61, 69, 70, 161]. Кроме этого, уровень санитарно-гигиенической просвещенности сельских жителей слабее, чем городских, что способствует высокому риску распространения венерических заболеваний [1, 8, 12, 25, 27, 30, 31, 35, 37, 39, 40, 80, 114, 137, 155, 161, 204, 233].

Отдельное внимание необходимо уделить вопросам организации медицинской помощи возрастным лицам, так в настоящее время наблюдается тенденция к увеличению их доли на фоне уменьшения частоты общей заболеваемости [80, 81, 98, 112, 155, 188, 267, 269, 281, 292, 294, 309, 312, 319, 331, 338, 345, 347, 354, 356, 369, 377, 389, 390, 401].

Одной из наиболее важных стратегических задач по улучшению качества оказания дерматовенерологической помощи является реструктуризация управленческой системы и улучшение её деятельности в соответствии с современными требованиями [61, 110, 111, 116, 120, 121, 203, 211, 255, 310, 311, 314, 326, 328, 329, 339, 346, 395].

На сегодняшний день кожно-венерологические учреждения оказывают населению лечебно-диагностическую помощь и организуют профилактические мероприятия, которые необходимо изменить в соответствии с современными требованиями. Становится очевидным, что кожно-венерологическая служба без оказания качественных дерматовенерологических и косметологических услуг в широком масштабе не сможет конкурировать с частным медицинским сектором [61, 111, 116, 139, 147, 148, 151, 152, 153, 203, 211].

Для повышения уровня оказания дерматовенерологической помощи детям, которая в последние годы несколько ослабла, необходимо улучшение системы подготовки медицинских кадров как в медицинских вузах, так и в организациях последиplomного образования [104, 111, 116, 160, 169, 170, 171, 203, 208].

В соответствии с приказом МЗ Украины от 23.02.2000 № 33 «О штатных нормативах и типовых штатах учреждений здравоохранения» количество врачей дерматовенерологов должно соответствовать 0,55 ставки на 10 тыс. населения.

В структуре государственной дерматовенерологической службы Украины насчитывается 3630 врачей-специалистов, из них 775 человек (22%) - пенсионеры. Всего в Украине 89 государственных дерматовенерологических учреждений. В ведомственных учреждениях работают 934 кабинета врача-дерматовенеролога, лицензию на оказание дерматовенерологической помощи имеет 491 предприятие частной формы собственности. В высших учебных заведениях страны работают 23 кафедры дерматовенерологии [43, 100, 133, 197, 198, 232, 233].

В Украине, по данным официальной статистики, дерматологическую помощь должен получить каждый 6-й житель страны. Однако, она предоставляется гораздо большему количеству людей, так как, помимо государственных учреждений, её оказывают также ведомственные и частные структуры [43, 100, 133, 197, 198, 232]. Количество дерматовенерологов должно соответствовать обеспечению качественной и доступной медицинской помощи всем профильным пациентам. К примеру, в настоящее время во всей Великобритании с населением 67 млн. работают всего около 300 дерматологов.

В настоящее время в Украине не хватает современного диагностического оборудования, недостаточно развита лечебная база, низкий уровень подготовки специалистов. За последние годы дерматология, как и вся медицина, шагнула далеко вперед в плане подходов к лечению различных заболеваний, поэтому уровень образования специалистов необходимо все время повышать. Современные методы лечения, применяющиеся в развитых странах, настолько дорогостоящие, что для подавляющей части населения Украины являются экономически недоступными. Дерматологическая служба Украины недостаточно обеспечена современным оборудованием для фототерапии, которая во всем мире является золотым стандартом в лечении целого ряда дерматозов [43, 100, 133, 232].

В Украине устарела и стала неэффективной нормативная база. Более 1000 нормативных документов, регулирующих работу в украинской медицине, были изданы еще в СССР, и они, как минимум, должны быть адаптированы к современным условиям [43, 100, 133, 217, 232, 239, 262].

Количество кожвенучреждений должно зависеть от количества населения, которое обслуживает данная организация. В Украине на 500 тыс. населения должен быть 1 дерматовенерологический центр. В населенном пункте с количеством жителей 10 тыс. проживает около 300 человек (3%), больных псориазом. Соответственно в таком населенном пункте должно быть оборудование для фототерапии (пропускная способность одной кабины – 500–600 человек в год). Исследования показали, что стоимость лечения

амбулаторного больного по сравнению со стационарным в разы меньше, а эффективность - в разы больше [43, 100, 232]. Необходим плавный переход через систему дневных стационаров, что проводится в Израиле [43, 100, 232].

Нет активного и конструктивного сотрудничества или взаимодействия дерматовенерологов с врачами смежных специальностей – онкологами, ревматологами, аллергологами, акушерами-гинекологами [197, 198, 232]. В настоящее время в Украине отсутствует такая специальность, как дерматоонколог. Издан приказ МЗ Украины от 30.08.2011 №550 «О создании мультидисциплинарных рабочих групп по наработке медицинских стандартов и унифицированных клинических протоколов медицинской помощи на основе доказательной медицины» [197, 198, 232].

В Украине в последние годы, согласно данным официальной статистики, заболеваемость болезнями кожи и подкожной клетчатки на 100 тыс. населения составляет 4200,4. Псориазом страдают 99 544 человека (0,21% населения), средний показатель в мире – 2,5 (3%). Показатель заболеваемости сифилисом на 100 тыс. населения составляет 17,04; гонореей – 22,1; урогенитальным трихомониазом – 166,55; урогенитальным хламидиозом – 60,10; урогенитальным микоплазмозом – 62,15; микроспорией и трихофитией – 22,96; чесоткой – 47,24; грибковыми заболеваниями – 11,18 человека [43, 100, 133, 232, 277, 322, 361, 372].

В 2012 г. наблюдалось сокращение числа дерматовенерологических диспансеров, а также общего количества частных структур, оказывающих дерматовенерологическую помощь, отмечено увеличение количества обращений в службу на фоне сокращения коечного фонда (в 1996 г. количество коек составляло 10 тыс., в 2011 г. – 4480, в 2012 г. – 3435) [43, 100, 232].

Проведенный литературный обзор показал, что практически во всех странах наблюдается проблема оказания дерматовенерологической помощи, обеспечения специалистов, доступности, а также внедрения современного технического оборудования и стандартов оказания дерматовенерологической помощи. Это является актуальным и в Республике Таджикистан, где 93%

территории занимают горные массивы с неравномерной плотностью проживания населения.

В первые же годы независимости в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в 90-е годы по ВИЧ/ИППП Правительством Республики Таджикистан в 1997 году была принята «Стратегия РТ по охране здоровья населения до 2005 года». В том же году была утверждена «Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД и БППП в Республике Таджикистан на 1997-1998 годы», в 2000 году – "Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД/БППП в Республике Таджикистан на период до 2007 года", в 2002 году – «Стратегия РТ по охране здоровья населения в период до 2010 года», в 2010 году – «Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы». Во всех указанных документах одной из основных задач является сокращение распространенности инфекционных болезней, включая болезни, передаваемые половым путем (БППП), путем усиления борьбы по профилактике ВИЧ/СПИД/ИППП [109, 118, 119, 127, 146, 157, 158, 159, 184, 172, 173, 174, 175, 176, 210].

Министерством здравоохранения Республики Таджикистан для реализации постановлений Правительства РТ в 2003 году приказом №97 утверждены инструкции «Об амбулаторном обследовании и лечении больных ИППП», «О синдромном подходе к ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем», «Положение о первичной профилактике больных инфекциями, передаваемыми половым путем, в лечебно-профилактических учреждениях» и «Временная инструкция по учету больных с синдромным диагнозом поражений урогенитальной сферы», которые уже к концу 2003 года при финансовой поддержке Фонда населения ООН были изданы в достаточном количестве, в 2005 г. – переизданы [191].

В приказе указано о внедрении синдромного метода ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, в районах, где нет дерматологов

и лабораторий по их диагностике, в первую очередь, в медицинских учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

В 2010 году была разработана и внедрена новая «Национальная стратегия здоровья населения РТ на период 2010-2020 годы», в которой для "Достижения лучшего здоровья" одной из основных задач является сокращение распространенности инфекционных болезней, в том числе последовательное и непрерывное уменьшение распространенности болезней, передаваемых половым путем (БППП). Особое внимание уделено профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП [172].

Следует отметить, что ни одно из медицинских направлений не имеет такого количества документов, изданных на правительственном уровне, как служба дерматовенерологической помощи. Все эти документы относятся к одной из важнейших в последние десятилетия проблем современной медицины - организации борьбы с распространением ИППП/ВИЧ в Республике Таджикистан. Это свидетельствует, с одной стороны, о важности и актуальности проблемы ИППП/ВИЧ в Республике Таджикистан, а с другой – о большом внимании правительства к этой проблеме.

ИППП относятся к самым распространенным заболеваниям среди урогенитальных инфекций (УГИ) и в связи с этим, а также с тяжестью вызываемых ими последствий и влиянием на репродуктивное здоровье населения, являются актуальной медико-социальной проблемой современности [4, 9, 12, 47, 58, 264, 265, 268, 275, 287, 283, 289, 290, 293, 296, 308].

Ежегодно в мире регистрируется от 300 до 400 миллионов новых случаев ИППП, заболевания репродуктивной системы наблюдаются в 5-15% случаев от общего числа болезней [21, 89, 102, 108, 114, 132, 154, 205, 240, 308, 313, 320, 321, 327, 332, 353, 365, 376, 393, 402, 403]. При этом не исключается, что в связи со сложностью выявления урогенитальных инфекции их фактическая распространенность почти на порядок выше официальной [5, 57, 66, 83, 380, 381, 382, 385, 388, 398, 404].

По данным ВОЗ, в последние годы в мире ежегодно отмечается около 200

млн. больных гонореей, 250 млн. хламидиозом, 100 млн. микоплазмозом и около 60 млн. больных сифилисом. Ещё примерно у 250 млн. человек регистрируются другие инфекции, передающиеся половым путем. Суммарное количество больных венерическими заболеваниями и ИППП около 1 млрд. человек, т.е. почти каждый 7 житель планеты. По сообщениям Европейского регионального бюро ВОЗ, каждый год в Европе регистрируется более 40 тыс. больных заразными формами сифилиса и до 400 тыс. больных гонореей. По данным ВОЗ, в странах Африки и США ежегодно заражаются венерическими заболеваниями 25-30% студентов, а в Швеции - до 35% [72, 199, 211, 214, 216, 252].

В настоящее время установлено более 20 инфекций, передающихся половым путем (ИППП), среди которых важное место занимают хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, токсоплазмы, вирусы [89, 102, 108, 114, 263, 270, 272, 274, 276, 284, 286, 291, 299, 335, 336, 337, 340, 342, 350, 357, 364, 373, 375, 379, 394, 399, 400, 405].

Свыше 100 млн новых случаев бактериальных ИППП ежегодно регистрируется в мире, в том числе около 5 млн – в США, 10 млн – в Западной Европе [89, 102, 108, 114, 271, 273, 280, 297, 303, 304, 333, 334, 341, 352, 355, 370, 386].

В разных странах соотношение половых инфекций имеет существенные отличия. Например, в промышленно развитых странах Скандинавии частота негонококковых инфекции в 5–6 раз превышает частоту гонореи и в 7–8 раз - сифилиса [134, 253, 279, 282, 287, 295, 300, 301, 307, 323, 337, 383, 384].

В России после длительного периода значительного роста заболеваемости негонококковых уретритов (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз), в последние годы отмечается постепенное её снижение [85, 90, 99, 107, 131].

Среди населения Украины на протяжении последних 10 лет уровень заболеваемости негонококковых уретритов (НГУ) неуклонно растет. Этот показатель в 2002 году составил 61,5 на 100000 населения, затем отмечалась стабилизация роста заболеваемости, интенсивный показатель в 2011 году

составил 67,5 [131, 132, 266, 305, 306, 308, 317, 324, 343]. Рост НГУ связан, как с увеличением числа заболевших, так и с усовершенствованием методов диагностики [131, 132, 299, 344, 348, 349, 351, 359, 360, 368, 387, 397].

Распространению негонококковых уретритов в странах СНГ способствуют отсутствие во многих медицинских учреждениях современного диагностического оборудования и недостаточная осведомленность об особенностях этой инфекции не только жителей регионов, но также и самих медицинских работников.

Согласно результатам исследования ВОЗ, почти в 35-50% наблюдений такие болезни как хламидиоз, уреаплазмоз и микоплазмоз могут иметь клинические проявления, схожие с другими патологиями, что негативно отражается на своевременности назначения оптимальной терапии и эффективности мер по борьбе с распространением этих инфекционных заболеваний [136, 137, 142, 162, 228, 288, 315, 325, 330, 358, 367, 378, 396].

Хламидиоз и уреамикоплазмоз нередко встречаются в комбинации друг с другом, а также и с другими заболеваниями, при этом клиника данных заболеваний имеет слабовыраженный характер. Моноинфекции отмечаются лишь в 17–30% наблюдений, в большинстве же случаев встречаются ассоциации бактериальных и вирусных инфекций [10, 13, 14, 63, 233, 238, 243, 253, 254, 257, 366, 369, 374].

Клиника уреамикоплазмоза и хламидиоза, не имея патогномоничных признаков, у большинства больных изначально протекает без- или малосимптомно: у мужчин в виде хронического уретрита и уретропростатита, редко орхоэпидидимита, у женщин – воспалительных поражений половых органов – хронический эндометрит, сальпингит, сальпингоофорит. Для ИППП характерны сексуальные нарушения, что может приводить к психопатологическим расстройствам и связанным с ними конфликтам в семье [62, 63, 72, 76, 84, 87, 302, 403].

При отсутствии адекватной терапии они в большинстве случаев приводят к вторичному бесплодию. Бактериальные ИППП, которые чаще наблюдаются у

лиц молодого возраста, прежде всего женского пола, становятся причиной бесплодия у более 20% супружеских пар [6, 15, 16, 103, 141, 149].

У более чем 60% мужчин и 50% женщин причиной вторичного бесплодия являются уреоплазмы, микоплазмы и хламидии [149, 156, 165, 219, 238, 240, 241, 261].

Воспалительные поражения органов мочеполовой системы, обусловленные ИППП, становятся не только причиной возникновения нарушений со стороны репродуктивной системы у взрослых, но также могут стать причиной внутриутробного инфицирования плода [12, 16, 33, 39, 41, 48, 61, 78, 88, 164, 167, 184, 202, 207, 227].

Широкое распространение ИППП и нарушений репродуктивной функции связаны с отсутствием или низкой информированностью о них и путях профилактики (безопасный секс, современная контрацепция и т.д.) у большей части населения [89, 90, 123, 124, 165, 220, 226, 238, 240]. Для снижения заболеваемости ИППП и их воздействия на репродуктивное здоровье важное значение имеет совершенствование работы государственных организаций, в первую очередь медицинских (дерматовенерологической, урологической, акушерско-гинекологической), в сотрудничестве с соответствующими частными медицинскими центрами по вопросам первичной и вторичной профилактики заболеваний, планирования семьи.

Проведенные ранее нами исследования, а также данные литературы показывают, что в группе риска распространения ИППП/ВИЧ находятся трудовые мигранты, к которым относятся около 20% мужского населения Таджикистана. Низкая информированность трудовых мигрантов о профилактике урологических инфекций способствует заражению и распространению ИППП/ВИЧ у данной категории лиц и их семей, а несвоевременный визит к врачу в связи с финансовыми проблемами способствует возникновению у них патологии репродуктивных органов и иммунной системы [83, 90, 114, 142, 220, 260].

Нарушения в иммунной системе играют ведущую роль в патогенезе бактериальных ИППП, о чем свидетельствует разнообразие клинического течения хламидиоза и уреамикоплазмоза (от бессимптомного до выраженных системных поражений). Большинство исследователей выявили у больных урогенитальным хламидиозом иммунные нарушения, характеризовавшиеся, в основном, снижением содержания CD3-лимфоцитов и их субпопуляций (CD4 и CD8 лимфоцитов), дисбалансом секретируемых ими цитокинов (IFN, TNF, IL-1 и др.) и подавлением неспецифических факторов защиты [20, 61, 64, 77, 90, 149, 220, 243]. Однако результаты исследований иммунологических нарушений у больных УГХ разных возрастных групп, а также из групп риска, носят противоречивый характер, как и результаты единичных исследований у больных уреамикоплазмозом.

В течение 90-х годов прошлого столетия в России отмечался социально-экономический кризис, который негативно отразился на состоянии здоровья жителей страны, в том числе мужчин активного трудоспособного возраста. В настоящее время в Российской Федерации наблюдается низкая рождаемость, которая, прежде всего, обусловлена высокой частотой встречаемости случаев бесплодия, как среди мужчин, так и среди женщин, а также сочетанием заболеваний репродуктивной системы и экстрагенитальных патологий. Заболевания репродуктивных органов среди жителей России встречаются в 5-15% от общего числа всех патологий [13, 39, 114, 129, 162, 238, 253, 321, 342, 374].

По данным литературы, большое внимание уделяется вопросам по изучению состояния репродуктивного здоровья у лиц женского пола [62, 63, 64, 108, 149, 154, 156, 240, 265, 289, 308] и мало - оказанию медико-профилактической помощи мужчинам с проблемами репродуктивных органов [83, 90, 142, 220, 321, 327, 342,350].

В литературе нет работ по проведению комплексного изучения медико-социальных факторов, оказывающих влияние на состояние репродуктивного здоровья у лиц мужского пола, что послужило основанием для проведения

данного исследования.

Социально-экономические изменения в Республике Таджикистан, происшедшие в конце 20 века, создали предпосылки, способствующие росту заболеваемости сексуально-трансмиссивными заболеваниями: ухудшение экономического положения населения, снижение доступа к качественной медицинской помощи, разрушение существовавшей системы выявления, увеличение числа вынужденных мигрантов, отсутствие регистрации больных с ИППП, лечение у частнопрактикующих и других специалистов.

Распространению ИППП в Республике Таджикистан способствовало увеличение количества мигрантов, большое число случайных половых связей, слабая осведомленность о мерах профилактики заражения венерическими патологиями (прежде всего лиц молодого возраста), а также недостаточная доступность для получения специализированной медицинской помощи [83, 90, 142, 220, 253]. ИППП относятся к числу социально значимых проблем [66, 72, 73, 75, 403].

Лечение больных хроническими формами бактериальных ИППП, из-за нередких рецидивов, представляет трудную задачу. В последние годы с целью повышения эффективности их лечения, наряду с антибактериальной терапией, рекомендуется применение иммуномодуляторов [54, 58, 83, 90, 142, 220, 243, 253, 364, 366, 370].

В РТ по проблеме УГХ в последние годы проведен ряд исследований, в которых были выявлены клинко-иммунологические особенности хронических, осложненных форм хламидийной инфекции у мужчин и женщин, в том числе из группы высокого риска, и показана эффективность отечественных иммуномодуляторов тимоцин и тимогар в комплексном их лечении [83, 90, 142, 220, 243, 253]. Что касается уреаплазмоза и микоплазмоза, то в РТ исследований по этим ИППП до настоящего времени не проводилось.

На сегодняшний день имеются проблемы с оказанием эффективной лечебно-диагностической помощи пациентам с ИППП и заболеваниями репродуктивных органов [90, 205, 220, 233, 238, 251]. Особое значение

приобретает усиление мер по борьбе с распространением ИППП, которые должны иметь приоритетный характер и проводиться совместно как правительственными организациями, так и неправительственными, что позволит улучшить скрининг населения на наличие ИППП и повысит качество проводимых лечебно-профилактических мероприятий [90, 205, 220, 233, 238, 252, 253, 315, 317, 320].

В настоящее время изучены многие аспекты эпидемиологии, этиологии, патогенеза и клиники, накоплен достаточно большой опыт в лечении и профилактике ИППП. Однако, данная проблема далека от своего решения в связи с постоянно меняющимися характеристиками возбудителей, последующим развитием устойчивости к лекарственным препаратам, воздействием средовых факторов на человека и изменением его реактивности, появлением новых лекарственных препаратов, лечением ИППП у специалистов разного профиля, кроме венерологов, что влияет на правильное, соответствующее лечение и профилактику патологий [61, 90, 205, 220, 233, 238, 252, 298, 320, 368, 370, 393]. В литературных источниках мало приводится сведений о работах, в которых изучались факторы, влияющие на увеличение частоты распространения ИППП и на уровень репродуктивного здоровья людей в зависимости от региона их проживания.

Согласно рекомендациям ВОЗ, каждой стране желательно проводить периодические исследования этиологической структуры инфекций, передаваемых половым путем, включая типирование отдельных штаммов возбудителей. Данное положение позволяет оптимизировать терапию с подбором наиболее эффективных для данной популяции антибактериальных средств. Без соответствующих данных высок риск увеличения числа устойчивых форм возбудителей. Подобное исследование в нашей республике не проводилось.

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что действующие нормативно-правовые акты, регламентирующие деятельность службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан, до сих пор в

значительной степени основываются на приказах и инструкциях, утвержденных приказами МЗ СССР, что в настоящее время не соответствует современным социально-экономическим, демографическим и климатогеографическим условиям. В дерматовенерологической службе Республики Таджикистан почти не использованы её ресурсы, научно-технический прогресс, происходящий в дерматовенерологии, не являлся двигателем в совершенствовании и расширении оказываемых услуг, что требует дополнительного изучения данной проблемы. Это и явилось целью настоящего исследования.

ГЛАВА 2. Материал и методы исследования

Объектом исследования была служба дерматовенерологической помощи и медицинских учреждений ведомственных организаций Республики Таджикистан.

Предметом изучения была также история организации службы дерматовенерологической помощи и её развитие, организационно-методическая и лечебная деятельность учреждений, осуществляющих специализированную медицинскую помощь, её взаимодействие со смежными службами в новых экономических условиях в различных административных регионах Республики Таджикистан.

Одним из основных направлений исследования выбрано изучение существующей нормативно–правовой базы, регулирующей деятельность по организации службы дерматовенерологической помощи населению. В ходе работы по выбранной теме были изучены и использованы множественные документы, в том числе Законы о здравоохранении СССР, Постановления Совета министров СССР, Приказы Министерства здравоохранения СССР, Приказы Министерства здравоохранения Таджикской ССР, Законы Республики Таджикистан, Постановления Правительства Республики Таджикистан, Приказы Министерства здравоохранения Республики Таджикистан и Приказы Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, Приказы ЛПУ, Решения медицинского совета, материалы коллегий Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан, а также материалы коллегии Управления здравоохранением г. Душанбе, распоряжения Президента Республики Таджикистан, распоряжения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерства финансов, решения местных властей.

Изучены архивные материалы Центрального государственного архива Таджикской ССР [323, 324, 325, 326]; Центрального государственного архива Узбекской ССР [327, 328, 329]; архива Института истории партии при ЦК КП

Таджикистана [14]; архивные материалы Республиканского клинического центра кожных и венерических болезней, Городского клинического центра кожных и венерических болезней, городской клинической больницы кожных заболеваний г. Душанбе, 4 областных центров кожных и венерических болезней; архивные материалы г. Душанбе; архивного отдела Исполнительного органа государственной власти Кулябской зоны, архивные материалы г. Хорога, архивные материалы г. Худжанда; архивного отдела Исполнительного органа местной государственной власти районов республики; архивного отдела Исполнительного органа государственной власти Хатлонской области.

Нами изучены материалы Республиканского центра статистики и медицинской информации Министерства здравоохранения Республики Таджикистан (за период 2000-2020 гг.), также информация и материалы других министерств и ведомств, имеющих отношение или влияющих на работу дерматовенерологической службы.

В целях изучения вопроса доступа населения к услугам дерматовенерологической помощи изучены особенности географического рельефа страны. Установлено, что Республика Таджикистан имеет свои особенности. Территория республики общей площадью 143,1 тысяч кв², по характеру поверхности - типичная горная страна с абсолютными высотами поверхности от 300 до 7495 метров, 93% её территории занимают горы, относящиеся к высочайшим горным системам Средней Азии - Тянь-Шанской и Памирской. Население, в основном, проживает в долинах и у водных источников. Это обуславливает большую неравномерность в размещении населения по территории республики.

В Республике Таджикистан имеются 18 городов, в которых проживают 2311,5 тыс. человек, из них 52,7% - в крупных городах (число жителей более 100 тыс. чел.), 13,7% - в больших городах (число жителей 40-100 тыс.), 27,5% - в средних городах (число жителей менее 10-40 тыс. чел.), 6,2% - в малых городах (число жителей менее 10 тыс. чел.).

Плотность проживания населения по республике составляет 61,8 человек на км². В городах, где плотность проживания составляет 500 на 1 км², проживают 3,5% городского населения; с плотностью более 300 чел. на 1 км² - 10,5%; более 100 чел. на 1 км² - 26,6%, более 50 чел. на 1 км² - 26,3%, менее 10 чел. на 1 км² - 14% городского населения. Высокое колебание плотности проживания населения отмечается в ГБАО, что составляет от 0,4 (Мургаб) до 8,1 (в среднем 3,5 чел. на 1 км²), что связано с географическими особенностями региона.

Наибольший интерес представляет город Душанбе, где плотность проживания населения составляет более 8000 человек на 1 км², здесь проживает 1,7% от общего числа городских жителей республики. По состоянию на 01.01.2020, число жителей столицы составило 931380 человек (с учетом не учтённого населения - около 1 млн. чел.).

Изучение эффективности лечебной работы службы дерматовенерологической помощи включило анализ формы, утверждённый приказом Минздрава Республики Таджикистан №342 от 07.12.2000.

В этих целях была проведена экспертная оценка работы службы дерматовенерологической помощи населению республики.

В целях изучения существующих проблем и перспектив развития службы дерматовенерологической помощи было проведено анкетирование сотрудников дерматовенерологической помощи (врачей и среднего медперсонала) по специально разработанным формам. Анкетированием также охвачены вопросы интеграционной работы врачей дерматовенерологов и семейных врачей, урологов и гинекологов, позволившие определить степень их взаимодействия.

Основной целью социологического опроса населения о деятельности службы дерматовенерологической помощи явилось выявление недостатков в работе службы, получение ответов на важные вопросы, требующие адекватного решения проблем рационального использования людских и материальных ресурсов, стимулирования персонала с целью повышения качества оказываемой помощи.

Для выяснения мнения пациентов о положительных и отрицательных сторонах деятельности службы дерматовенерологической помощи, затруднениях при получении качественной медицинской помощи нами проведен социологический опрос пациентов по специально составленной анкете.

В анкетировании учтены нижеследующие параметры и факторы: половозрастная структура, социальный статус, структура и кратность обращаемости за медицинской помощью, степень удовлетворенности респондентов услугами дерматовенеролога и врачей дерматовенерологов стационарных учреждений, престиж и важность профессии врача дерматовенеролога, отношение к платным услугам в службе дерматовенерологической помощи, уровень профессионализма сотрудников дерматовенерологов.

Нами изучены и детально проанализированы статистические данные службы дерматовенерологической помощи за период 2000-2020 гг., исходящие из формы 40 – отчеты станций (отделений, больницы) и формы 17 – отчет о медицинских кадрах, утвержденных приказом Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан «Об утверждении государственной формы отчетности» от 11.11.2013, №54.

В ходе анализа материала проведена обработка параметров, позволяющих комплексно оценить количественные и качественные показатели службы дерматовенерологической помощи.

При обработке относительных величин применялись обычные статистические методы расчета экстенсивных, интенсивных, однозначных показателей и динамических рядов, не требующих применения других методов статистической обработки. Статистическая обработка проведена на персональном компьютере с использованием программы Microsoft Excel – 2010.

В целях определения степени интеграции работы врача дерматовенеролога с семейными врачами, урологами и гинекологами был проведен

ретроспективный анализ из числа вышеуказанного контингента за последние 10 лет (2010-2020гг.).

Также проведено анкетирование среди врачей дерматовенерологов с урологами, гинекологами и семейными врачами касательно вопроса степени интеграции их работы.

При анкетировании учтены нижеследующие параметры и факторы: стаж работы опрашиваемых специалистов, оценка уровня интеграции.

Таким образом, при выполнении исследования использовались историко-аналитический метод, метод экспертных оценок, метод социологического опроса, метод системного анализа и современные статистические методы (расчет относительных и средних величин с определением их достоверности и достоверности их разности, показателей динамического ряда, проводился регрессионный анализ).

Все изученные документов (законы, постановления Правительства, приказы МЗ и СЗН РТ, материалы коллегий МЗ и СЗН РТ) по организации дерматовенерологической помощи населения Республики Таджикистан касаются состояния и организации борьбы с распространением ИППП/ВИЧ. Это вызвало необходимость изучения эпидемиологии, клинко-патогенетических особенностей, организации лечебно-профилактических мероприятий бактериальных инфекций, передающихся половым путем.

2.1. Клинические методы исследований

Под наблюдением находились 350 пациентов (основная группа, ОГ), больных хроническим урогенитальным заболеванием (УГЗ) и 50 практически здоровых людей (КГ – контрольная группа) в возрасте от 18 до 40 лет и старше, при обследовании которых были обнаружены наиболее распространенные бактериальные инфекции, передаваемые половым путем. Мужчины составили 200 человек, женщины – 150, в контрольной группе – соответственно 30 и 20. Возраст больных колебался от 18 до 40 и более лет.

Всем пациентам были проведены общеклинические, лабораторные исследования: бактериоскопические, бактериологические и серологические методы. Для диагностики урогенитальных инфекций выполнялись реакции ИФА, ПИФ и ПЦР. Лабораторные исследования выполнялись в лаборатории кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, РКЦКВБ, ГКЦКВБ г. Душанбе, ГKBKB г. Душанбе и ГУ «Таджикский научно-исследовательский институт профилактической медицины».

Больные были с моноинфекциями и микстинфекциями, которые представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1. - Распределение больных по возрасту

Возрастная группа	ОГ			КГ
	Хламидиоз	Уреамикоплазмоз	Микст инфекции	
18-25 лет	35 (31,8%)	38 (31,1%)	38 (32,2%)	15 (30%)
26-30 лет	30 (27,3%)	35 (28,7%)	32 (27,1%)	12 (24,0%)
31-35 лет	24 (21,8%)	29 (23,8%)	27 (22,9%)	11 (22%)
36-40 лет	15 (13,6%)	12 (9,8%)	16 (13,6%)	8 (13,3%)
Старше 40 лет	6 (5,5%)	8 (6,6%)	5 (4,2%)	4 (8,0%)
Всего 350	110 (31,4%)	122 (34,9%)	118 (33,7%)	50 (100%)

Как показывают данные таблицы 2.1, большинство больных урогенитальным хламидиозом, уреамикоплазмозом и микстинфекцией были в возрасте наибольшей трудовой и сексуальной активности (18-30 лет). Возраст больных колебался от 18 до 40 и более лет, в среднем - $26,7 \pm 1,7$ лет, в контрольной группе - $28,3 \pm 1,6$ лет, т.е. средний возраст больных в обеих группах был сопоставим.

Социальное положение больных было следующим: трудовые мигранты – 130 (37,2%) человек, домохозяйки – 60 (17,1%), частные предприниматели – 54 (15,4%), временно неработающие – 47 (13,4%), рабочие – 29 (8,3%),

военнослужащие – 21 (6,0%), студенты – 9 (2,6%). Большинство больных – 186 (53,1%) – составили женатые мужчины, замужние женщины, 109 (31,2%) – холостые, 55 (15,7%) – разведенные. Алкоголь употребляли 75 (21,4%) больных, курили – 66 (18,9%).

Высшее образование имели соответственно 68 (19,4%) и 15 (30%) больных основной и контрольной групп, среднее специальное – 110 (31,4%) и 14 (28,0%), среднее – 172 (49,1%) и 21 (42,0%).

Результаты оценки информированности пациентов обеих групп об инфекциях, передаваемых половым путем, в том числе о симптомах заболеваний и профилактики представлены в таблице 2.2.

Таблица 2.2. - Информированность пациентов ОГ и КГ об ИППП

Вопрос	ОГ (n = 350)				КГ (n = 50)			
	n	%	м	ж	n	%	м	ж
Знали, что ИППП существуют	316	90,3%	196	120	47	94,0%	29	18
Назвали 1-2 заболевания (сифилис, гонорея)	306	87,4%	191	115	45	90%	27	18
Назвали 3 заболевания (сифилис, гонорея, СПИД)	160	45,7%	103	57	33	66%	21	12
Назвали 4 заболевания	44	12,6%	26	18	22	44,0%	14	8
Назвали 5 и более болезней	23	6,6%	14	9	9	18,0%	6	3
Знают о способах профилактики	123	35,1%	72	51	34	68,0%	21	13

Из данных таблицы 2.2 обращает внимание низкая информированность обследованных пациентов об ИППП. В основном пациенты имели незначительные представления о сифилисе, гонорее, СПИДе. Только 44 (12,6%)

опрошенных пациентов ОГ и 22 (44,0%) КГ назвали хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз. В основной группе только треть больных владели базовой информацией о методах профилактики ИППП, что оказалось вдвое меньше, чем количество таких лиц в контрольной группе.

Длительность течения УГХ, УГУМ и микстинфекции более двух лет была отмечена в 131 (37,4%) случае, продолжительность заболевания 1-2 года отмечалась в 116 (33,1%) случаях, длительность заболевания свыше 6 месяцев была отмечена в 103 (29,5%) случаях.

Наличие случайных и беспорядочных половых связей отмечали 178 (50,9%) пациентов, среди которых 75 являлись трудовыми мигрантами, 38 являлись частными бизнесменами, 25 человек являлись безработными, 17 человек были служащими, 14 человек являлись военнослужащими, ещё 9 человек являлись рабочими. От общего числа трудовых мигрантов количество лиц, у которых отмечалось наличие случайных и беспорядочных половых связей составило 59,0%, а от общего числа всех пациентов мужского пола – 36,2%, то есть в 1,6 раза меньше ($p < 0,05$). 172 (49,1%) больных имели от одного до трех половых партнеров в год.

236 (67,4%) пациентов указали, что ранее болели ИППП: 42 – уреаплазмозом, 46 – трихомонадной инфекцией, 22 – хламидиозом, 17 – сифилисом, 24 – гонореей, 85 – не знали, какое воспаление уретры имели.

Диагноз УГХ, УГУМ и микстинфекции подтвержден анамнестическими данными, а также результатами клинических и лабораторных исследований. У 117 (33,4%) больных диагностирован хронический хламидийный уретрит, у 119 (34,0%) – хронический уреаплазмозный уретрит и у 114 (32,6%) – хронический хламидийно-уреаплазмозный уретрит. Из анамнеза выяснилось, что все больные ранее уже лечились безуспешно по поводу УГХУМ и его осложнений.

2.2. Методы исследования

Для диагностики урогенитальных инфекций у обследованных больных

использовали различные методы: ПИФ, ПЦР, ИФА и бактериологический.

Клиническое обследование пациентов с урогенитальными инфекциями выполнялось в соответствии с протоколами и методическими рекомендациями, предназначенными для дерматовенерологов.

В ходе анализа анамнестических данных подробно изучались такие сведения, как перенесенные ранее патологии, их характер, наличие воспалительного осложнения после совершения полового акта, расстройств мочеиспускания, наличие выделений из уретрального канала, нарушения потенции, бесплодие.

При осмотре больных также проводили осмотр и пальпацию полового члена, органов мошонки, обращая внимание на состояние наружного отверстия уретры, наличие покраснения, отека, склеивания губок уретры. При наличии отделяемого из уретры определяли его количество (скудное, обильное), характер и цвет (слизистое, гнойное, слизисто-гнойное).

Производились осмотр анальной области, пальпация лимфатических сосудов на спинке полового члена и паховых лимфатических узлов.

Для уточнения топического диагноза уретрита производилась двухстаканная проба Томпсона. Из-за отсутствия выделений из уретры у большинства больных эта проба была малоинформативной.

У всех пациентов после опорожнения мочевого пузыря выполнялось трансректальное пальцевое исследование простаты и расположенных рядом с ней структур. Данное исследование выполнялось в коленно-локтевом положении пациента. Пальпаторно определялись ее размер, форма, консистенция, однородность и контуры. Одним из признаков наличия воспалительного процесса является пальпирование семенных пузырьков во время проведения пальцевого исследования. Для выявления изменений в предстательной железе проводили микроскопическое исследование её сока (секрета).

Из анамнеза заболевания у женщин изучалось наличие урогенитальных патологий, возникших после прерывания беременности либо после родов,

нарушение менструального цикла, бесплодие, а также возникновение нарушений мочеиспускания и воспаления мочеполовой системы с наличием выделений, возникших вследствие половой связи.

Во время осмотра пациентки проводилось пальпаторное исследование брюшной стенки, исследование состояния вульвы, слизистой влагалища, ануса, шейки матки, а также исследовалось состояние паховых лимфоузлов. Путем проведения бимануального исследования матки и её придатков изучались их размеры, наличие плотных участков и болевых ощущений.

С целью изучения общесоматического статуса больного проводилось комплексное лабораторное обследование.

У пациентов с урогенитальными инфекционными патологиями лабораторные исследования проводились согласно соответствующим инструкциям по ИППП как перед началом курса терапии, так после его завершения через 30 и 60 суток. В обязательном порядке в исследование были включены анализы на ВИЧ и сифилис.

Материалом для исследования послужили мазки, взятые из уретрального канала у пациентов мужского пола, а у пациентов женского пола из уретрального канала и из цервикального канала шейки матки.

Световое микроскопическое исследование использовалось при изучении нативных препаратов и мазков с предварительной их окраской метиленовым синим по Грамму и Романовскому-Гимзе. Данный диагностический метод применялся с целью определения выраженности процессов воспаления и дифференциации других урогенитальных инфекций. Для этого производился забор материала, в качестве которого у пациентов мужского пола выступало отделяемое из уретрального канала и секрет из предстательной железы, а у пациентов женского пола – отделяемое из уретрального канала и цервикального канала шейки матки. Перед забором материала больные должны в течение 90-120 минут воздерживаться от мочеиспускания. В случае обнаружения гнойного отделяемого соскоб производили после акта мочеиспускания спустя 15-20 минут. На момент забора материала производилась обработка наружного

участка уретрального канала с использованием физраствора. Бактериологическую петлю проводили вглубь уретры на расстояние 1,0-1,5 см, после чего выполняли несколько вращательных движений. Затем бактериологическую петлю с полученным материалом помещали в специальную транспортную систему, производили несколько ротаций, после чего извлекали. Для доставки материала в лабораторию использовалась сумка-холодильник. Дальнейшее исследование выполнялось в нативных препаратах и путем проведения микроскопического исследования препаратов с предварительной их окраской с использованием метиленового синего и окрашиванием по Грамму. Обнаружение в изучаемом мазке полиморфно-ядерных лейкоцитарных клеток в количестве >5 в п/з свидетельствовало в пользу уретрита.

До начала проведения диагностического массажа простаты через прямую кишку пациентам рекомендовали опорожнить мочевой пузырь. Выделяемый вследствие массажа простаты секрет подвергался микроскопическому анализу, при котором изучалось количество содержащихся в нем лейкоцитов, эритроцитов, лецитиновых зерен, амилоидных телец, эпителиальных клеток. Если в исследуемом секрете количество лейкоцитарных клеток превышало 10, то это свидетельствовало о наличии в простате воспалительного процесса. Уровень содержания в секрете лецитиновых зерен служил показателем состояния функциональной деятельности простаты.

Для верификации гонореи выполнялся микроскопический анализ соскоба, взятого из уретрального канала у пациентов мужского пола, а у пациентов женского пола - из уретрального канала и цервикального канала шейки матки. Полученный материал подвергался окраске с использованием метиленового синего и по Грамму для обнаружения внутри и вне лейкоцитов грамотрицательных диплококков.

Для выявления трихомонад также выполнялся микроскопический анализ соскоба, взятого из уретрального канала у пациентов мужского пола, а у пациентов женского пола - из уретрального канала и цервикального канала

шейки матки. Полученный материал подвергался окраске с использованием метиленового синего и по Грамму. Выявление овальной или грушевидной формы образования с правильными контурами, а также эксцентричное местонахождение ядра и визуализация нежно-ячеистого строения цитоплазмы указывают на трихомонаду.

С целью выявления условно-патогенных бактерий у пациентов мужского пола с уретропростатитом был исследован секрет простаты, который после проведения массажа железы через прямую кишку, у пациентов женского пола, страдающих эндоцервицитом и/либо ВЗОМТ, исследованию подлежало отделяемое из цервикального канала шейки матки. Взятый материал помещали в чашки Петри с содержанием кровяного агара. Полученные посевы в течение 18 часов выдерживались в инкубаторе в аэробных условиях при температурном режиме в 37°C. Затем производился подсчет общего числа проросших колоний и для каждого типа по отдельности. Количество колоний определялось из расчета на 1 мл пробы. Для определения вида бактерий использовались стандартные способы согласно номенклатуре Берги.

С целью выявления урогенитального хламидиоза проводилось исследование *прямой иммунофлюоресценции (ПИФ)* с применением специального набора «ХлаМоноСкрин» (российской фирмы «Ниармедик») и набора «Хламисет» (финской фирмы «Orion Diagnostica»). Данный метод исследования применялся и для обнаружения генитальных микоплазм и уреоплазм с применением специального набора «ХлаМоноСкрин» (российской фирмы «Ниармедик»). Для его проведения у больных брался соскоб из уретры у мужчин, из уретры и цервикального канала - у женщин.

Полимеразную цепную реакцию (ПЦР), которая в настоящее время является основной в диагностике УГИ, использовали с целью обнаружения хламидийных, уреоплазменных и микоплазменных возбудителей. При этом использовали амплификатор ДНК «Терцик-МС-2» НПФ российской фирмы «ДНК-Технология» и специальные наборы российского производства ООО «Ли-тех» (Россия). Материалом для исследования у мужчин служили соскоб из

уретры, у женщин - из уретры и цервикального канала или утренняя порция мочи 2,0 мл.

С целью диагностики возбудителей хламидийной инфекции проводился *Иммуноферментный анализ (ИФА)* с использованием тест-системы Иммунокомб израильской фирмы Orgenics. Данная тест-система позволяет определить иммуноглобулины G и A, которые продуцируются при хламидийной инфекции в острой фазе ее развития.

При проведении иммунологических исследований изучалось количество содержащихся в крови лимфоцитов в абсолютных показателях и процентном соотношении, CD₃ клеток (относящихся к Т-лимфоцитам), CD₁₉ (относящихся к В-лимфоцитам), CD₄ клеток (относящихся к Т-хелперам), CD₈ (относящихся к Т-супрессорам), содержащихся в сыворотке крови IgA, IgM и IgG. Также изучалось количество циркулирующих иммунных комплексов (ЦИК), уровень фагоцитарной активности нейтрофилов (ФАЛ) и фагоцитарное число (ФЧ). Количественное содержание CD₃, CD₄, CD₈ и CD₁₉-лимфоцитов определялось методом иммунофлуоресценции «Статус» с использованием набора моноклональных и поликлональных антител. Количественное содержание общих иммуноглобулинов А, М и G в сыворотке крови определяли методом ИФА с помощью тест-систем фирмы «Вектор-Бест» (Новосибирск), ЦИК – методом преципитации полиэтиленгликоля по Ю.А. Гриневичу и А.И. Алферову (1981), провоспалительные и противовоспалительные цитокины - методом ИФА с использованием моноклональных антител из наборов тест-систем «ИФА-БЕСТ». Для сравнения полученных иммунологических результатов обследовано 30 здоровых людей в возрасте от 20 до 35 лет.

По отношению к культуре *Staphylococcus aureus* штамма 209 определялась фагоцитарная активность нейтрофилов с помощью теста незавершенного фагоцитоза.

Ультразвуковое исследование (ТРУЗИ) предстательной железы проводилось на аппарате Aloka SSD-500 с использованием трансректального датчика (7,5 мГц).

2.3. Методы лечения

В зависимости от использованных методов лечения больные были распределены на 3 группы.

Первой группе - 120 больных с урогенитальным хламидиозом - использовано только этиотропное лечение, которое проводилось зумамедом (азитромицин) по схеме, предложенной Европейским руководством по ИППП (2001): по 1 г 1 раз в неделю – 3 недели. Курсовая доза препарата составила 3 г.

Во второй группе было 110 больных с урогенитальным уреоплазмозом и микоплазмозом. Больным проведено комплексное лечение зумамедом и иммуностимулятором тимогаром по 1 мл в/м 1 раз в день, в течение 10 дней.

В третьей группе находилось 120 больных с микст инфекцией, которым применено комплексное лечение (этиотропное и иммуностимулятор тимоцин), который вводился в/м по 1 мл 1 раз в день, в течение 10 дней.

При смешанной инфекции с трихомонадами и/или гарднереллами назначался квинзол (орнидазол) по 500 мг 2 раза в день, в течение 10 дней. Кроме это, больные получали флукозам (флуконазол) 150 мг каждые 5 дней.

Мужчины, больные хроническим уретритом, женщины - хроническим уретритом и/или эндоцервицитом, для коррекции метаболических процессов получали витамины Е и С: витамин Е (альфа-токоферола ацетат) внутрь по 400 ЕД 1 раз в день, аскорбиновую кислоту – по 0,1 г три раза в день, в течение одного месяца.

Для улучшения функциональной активности предстательной железы мужчины, больные хроническим простатитом, и женщины при ВЗОМТ дополнительно получали препараты цинка внутрь по 0,25 2-3 раза в день, витамин Е внутрь, по 400 ЕД 1 раз в день, аскорбиновую кислоту – по 0,1 г 3 раза в день. Все препараты назначались в течение 1 месяца. При болевом синдроме применяли диклофенак, внутрь, по 1 таблетке 2 раза в день, в течение 10 – 12 дней. Женщинам назначались также вагинальные свечи «Тержинан» по

1 св. перед сном, в течение 2 - 3 недель, мужчинам - ректальные свечи «Витапрост» по 1 св. перед сном, в течение 2 – 3 недель.

Больные в группах были сопоставимы по возрасту, течению заболевания, наличию микстинфекций и осложнений (простатит, ВЗОМТ), по иммунологическим показателям.

Статистическая обработка материала выполнялась с использованием соответствующих функций Microsoft Excel 2016 и программного обеспечения Statistica 10.0 для Windows (StatSoft Inc., USA). Данные представлены в виде средних значений и стандартной ошибки, а также в виде абсолютных значений и процентов для категориальных данных. Анализ нормальности распределения выборки проводился с помощью тестов Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка. Для парного сравнения непрерывных переменных независимых выборок использовался U-критерий Манна-Уитни, для зависимых – T-критерий Вилкоксона. Множественные сравнения независимых групп проводились по H-критерию Крускала-Уоллиса. Категориальные данные и пропорции сравнивались с использованием критерия хи-квадрат, в том числе с поправкой Йетса и точного двустороннего критерия Фишера. Значения p менее 0,05 считались статистически значимыми.

Таким образом, в исследовании использовались современные методы диагностики ИППП у мужчин и женщин.

ГЛАВА 3. Организация и развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до обретения государственной независимости

При изучении архивных материалов нами установлено, что в советское время информация об истории развития в Таджикской ССР отдельных специализированных медицинских служб представляла бесспорный интерес, однако до сегодняшнего времени очень мало работ, освещающих состояние службы дерматовенерологической помощи населению Республики Таджикистана в различные временные периоды, при этом в них нет четкого представления о всех этапах развития данной службы в нашей стране. В некоторых литературных источниках были публикации о состоянии медицинской помощи населению нашего края в дореволюционное время. В них приводятся убедительные факты об отсутствии лечебной помощи, в т. ч. по дерматовенерическим заболеваниям, а также о широком распространении инфекционных и социальных болезней среди населения этого края.

В своих исследованиях Б.Г. Гафуров (1955) и Я.И. Таджиев (1974) указали, что в 1913 году территории современного Таджикистана входили в состав нескольких административных территорий. Так, Центральные и Южные регионы страны, которые находятся южнее Гиссарского хребта, в том числе современные районы Раштского и Западнопамирского регионов, в те годы были частью Бухарского Ханства. Северные регионы современного Таджикистана входили в состав Туркестанского края, но при этом города Канибадам и Исфара и располагающиеся рядом с ними сельские участки, а также территории Восточного Памира входили в состав Ферганской области, другие северные территории Таджикистана были отнесены к Самаркандской области.

Согласно приведенным в литературе данным ряда авторов [17, 18, 222], на территориях современных среднеазиатских республик до момента их присоединения к России (то есть до второй половины 19 столетия)

отсутствовали медицинские учреждения и, соответственно, не было медицинских работников.

Нами был проведен поиск ряда архивных документаций, в которых приводятся доказательства того, что на территории Бухарского Ханства отсутствовали медицинские учреждения и медицинские работники. В те времена людей лечили табибы, знахари и, так называемые, бабки–повитухи, у которых не было соответствующего медицинского образования. У коренного населения был низкий экономический и культурный уровень жизни, не было никакой системы по организации профилактических и противоэпидемических мероприятий. Это способствовало росту числа инфекционных и социально значимых патологий. В литературе прошлых лет можно встретить единичные сообщения о состоянии здоровья людей, проживающих на территориях Средней Азии в период до их присоединения к России. Кроме того, некоторые сведения можно встретить и в описаниях некоторых путешественников, а также должностных лиц, включая медиков, которые приезжали в этот регион и сталкивались со случаями заболевания проживающих здесь людей различными тяжелыми заболеваниями. Так, по данным Д.Н. Логофета (1911), среди жителей Бухарского Ханства встречались такие заболевания как патологии пищеварительного тракта, пендинская язва, ришта, проказа, зоб, патологии глаз, сифилис, туберкулез и лихорадка.

В результате глубокого изучения архивных материалов нами было установлено, что в 1913 году на территории Бухарского Ханства имелась русско-туземная больница в г. Бухаре, которая была первым лечебным учреждением. Она была построена в 1891 году и была рассчитана на 30 койко-мест для стационарных больных, в её составе имелись аптека и амбулаторий, в том числе амбулаторий для пациентов женского пола. В этом лечебном учреждении работали 2 врача, 3 медицинских работника среднего звена и 1 провизор. В больнице в 1910 г. лечились 34 больных с диагнозом сифилис (21 мужчина и 13 женщин), 2911 венерических больных были приняты амбулаторно.

Изучение архивных материалов показало, что в 1913 году в общей сложности на территории Бухарского Ханства работали 13 врачей и 38 медицинских работников среднего звена, включая 6 стоматологов (то есть на 10 тыс. жителей приходилось 0,13 врача и 3,8 среднего медперсонала). По данным Центрального государственного архива Узбекской ССР (ф.3, оп.1, ед. хр. 248, л. 624), на территории Бухарского Ханства существовало несколько лечебных учреждений. В городе Худжанде имелась больница на 15 койко-мест, в городе Пенджикенте - лечебное учреждение на 6 койко-мест, в городе Ура-Тюбе - на 5 койко-мест, в Нау и в селении Надеждино функционировали сельские медицинские учреждения, рассчитанные на 6 койко-мест, кроме этого существовало несколько амбулаторных пунктов, что в совокупности составляло около 0,4 больничных коек на 10 тыс. населения.

В дальнейшем были открыты приемное отделение в г. Чарджоу, Керкинское амбулаторное учреждение и еще одно амбулаторное учреждение - в Пата-Гиссаре при военном лазарете. Кроме того, согласно ряду данных, в Бухарском Ханстве, где проживало свыше 3 млн. людей, функционировали ещё несколько небольших амбулаторных учреждений, рассчитанных на 25–30 койко-мест.

Бухарский эмир, опиравшийся на мусульманское духовенство, был против строительства лечебных учреждений. Нам удалось выяснить, что по настоятельному требованию русских, а также передовых русских врачей, в конце XIX века проживающих на территории Бухарском Ханства, организованы первые лечебные учреждения. В 80-х годах XIX столетия в связи со строительством железной дороги, открылись ведомственные амбулатории, в которых также оказывали медицинскую помощь и жителям рядом расположенных селений. Согласно сведениям Д.Н. Логофета, жителям других территорий Бухарского Ханства оказывали медицинскую помощь в амбулаторных учреждениях, расположенных в пограничных регионах, сформированных на базах царских военных гарнизонов [125, 126]. Эти медицинские учреждения в первое время получали финансовую поддержку от

Бухарского правительства (на год выделялось по 2 тысячи рублей для осуществления приема пациентов и выдачи им лекарств). Однако, спустя 2 года, Бухарское правительство перестало оказывать финансовую поддержку, в результате чего амбулаторные учреждения вынуждены были взимать плату с пациентов за консультацию и выдачу медикаментов в размере 15 копеек.

На территории современного Таджикистана функционировало только одно амбулаторное учреждение для жителей г. Худжанда, которое было открыто в 1886 г. Больных с болезнями, передаваемыми половым путем (сифилис), лечили врачи общего профиля и фельдшера. Среди 18640 зарегистрированных за 1886 – 1893 гг. пациентов 5,7% составили больные сифилисом.

В работах Усмона Шокира (2008) говорится о появлении первых медпунктов в Худжанде, Нау, Ура-Тюбе, Пенджикенте в 70-е годы XIX века. В дальнейшем, в 1881 году, была открыта первая глинобитная «русская» больница в Пенджикенте, где работали русские врачи.

Таким образом, до установления Советской власти большинство медицинских учреждений находились на территории нынешнего Северного Таджикистана, до конца XIX века на территории Бухарского Ханства не было медицинских работников и лечебных учреждений. По данным архивных материалов Центрального государственного архива Узбекской ССР, смертность населения была высокой, до 25% к числу заболевших.

В результате изучения архивного материала нами установлено, что население Памира находилось в более тяжелых условиях жизни. На всей территории Памира, который составляет 33500 квадратных вёрст, не имелось ни одного лечебного учреждения и медицинского персонала. По данным С.Н. Аверкиева (1905), в пограничной воинской части, находившейся на территории Памира, работали врачи, которые медицинской помощи населению не оказывали. С формированием на Памире русских воинских пограничных гарнизонов, в конце 19 столетия, в Хорогском и Памирском воинских частях начали работать два приемных отделения, в которых иногда оказывалась медицинская помощь и местным жителям.

С первых дней установления Советской власти вопросы охраны здоровья населения нашего края постепенно стали налаживаться. Ввиду отсутствия гражданских работников, медицинскую помощь населению нашего края в первые годы оказывали военные медики из частей Красной Армии, дислоцированных в различных районах. Наряду с лечебными работами, военные врачи проводили значительную работу по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия в республике.

Установлено, что в структуре заболеваемости населения высокий удельный вес занимали желудочно-кишечные и кожные болезни, преимущественно чесотка, кожный лейшманиоз, экзема, грибковые болезни, пиодермии. Значителен был удельный вес малярии, трахомы, туберкулеза и сифилиса, главным образом его врожденных форм [222].

Первым гражданским лечебным учреждением Таджикской АССР была главно-хирургическая амбулатория, которая открылась в г. Душанбе в феврале 1925 г. В том же году она была реорганизована в городскую больницу и переведена из бердановых бараков в здание европейского типа. Число коек в больнице с 8 возросло в июне 1925 г. до 33, девять коек из них предназначены были для лечения терапевтических и венерических больных. В последующем главно-хирургическая амбулатория была реорганизована в Городскую больницу, а в 1928 году - в республиканскую больницу.

Из архивных данных нами установлено, что в 1925-1926 гг. заболеваемость сифилисом населения региона составляла 3,1%, в отдельных районах она была еще выше (по отчетам Наркомздрава Таджикской АССР).

В связи с высокой заболеваемостью венерическими и кожными болезнями, Наркомздравом автономной республики были приняты меры по организации специализированной кожно-венерологической помощи. В составе центральной амбулатории г. Душанбе в 1926 г. был открыт венерологический пункт. В 1927 г. в Худжанде в составе городской амбулатории организован венерологический кабинет.

Из архивных материалов нами установлено, что в г. Душанбе в составе

городской амбулатории Постановлением Совета Народных Комиссаров Таджикской АССР (протокол № 14 от 21 декабря 1927 г.) был организован кожно-венерологический диспансер. С октября 1928 г. кожно-венерологический диспансер начал функционировать. Это было первое в республике узкоспециализированное лечебное учреждение. Диспансер располагался в кишлаке Сари-Осиё в небольшой кибитке, состоявшей из двух комнат: в одной велся одновременно терапевтический и хирургический прием, а в другой находился кожно-венерологический диспансер.

Распространение кожных и венерических заболеваний среди населения, особенно сельского местности, способствовало принятию мер по развитию кожно-венерологической сети в регионах. В 1929 г. в республике функционировали уже 9 кожно-венерологических учреждений, включая городской специализированный диспансер и амбулаторный кабинет дерматовенерологии, которые были открыты в г. Душанбе. Аналогичные кабинеты были открыты в г. Худжанде при городской поликлинике, кожно-венерологический кабинет в г. Куляб при городской поликлинике, кабинет при детской консультации; венерологические кабинеты в Канибадаме и в Ура-Тюбе, в Курган-Тюбинском и Пенджикентском округах работали 3 венерологических отряда.

Начиная с 1930 г., Наркомздрав Таджикской ССР ежегодно организовывал венерологические экспедиции и направлял в районы республики, которые в трудных и опасных условиях проводили большую лечебно-профилактическую, санитарно-просветительную работу. В 1930-1931 гг. со стороны экспедиции провели обследование населения Пенджикентского, Матчинского и Захматабадского районов, проделали по горным тропам около трех тысяч километров.

Нами установлено, что кожно-венерологическая служба республики в конце 30-х годов получила значительное развитие, почти во всех городах и крупных районах были организованы диспансеры, кабинеты и пункты.

В 1933 году при КВД города Худжанда был открыт первый

дерматовенерологический стационар, рассчитанный на 26 пациентов. Несколько позже, в 1935 году, в Душанбе на базе Республиканской больницы (получившей в последующем название ГКБ №1) был открыт дерматовенерологический стационар, рассчитанный на 20 койко-мест, а к концу того же года начала функционировать и грибковая больница, рассчитанная на 50 койко-мест (называвшаяся тогда фавозной больницей).

Также нами установлено, что до начала Великой Отечественной войны республика имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений. В этот период в городах и районах функционировало 31 специализированное кожно-венерологическое учреждение с 174 койками.

В период Великой Отечественной войны многие врачи и средние медицинские работники кожно-венерологических учреждений были мобилизованы в ряды Красной Армии. В связи с этим, темпы развития службы дерматовенерологической помощи несколько снизились, отмечался некоторый рост заболеваемости населения заразными кожно-венерическими патологиями.

Установлено, что, несмотря на трудные условия, связанные с восстановлением разрушенного войной народного хозяйства страны, Советское правительство уделяло большое внимание развитию здравоохранения, в частности дерматовенерологической сети. Кожно-венерологическая служба республики получила дальнейшее развитие в послевоенный период. В связи с усилением борьбы с заразными кожными и венерическими заболеваниями в 1945 г. в Таджикской ССР были организованы 2 межрайонных кожно-венерологических диспансеров, 10 – кожно-венерологических пунктов и увеличено количество специализированных коек к концу 1945 г. до 240.

Также установлено, что в дальнейшие годы особое внимание было обращено на развитие специализированных учреждений в тех районах, где отсутствуют специалисты и учреждения. Обращалось внимание на создание при них диагностических лабораторий, подготовку врачей дерматовенерологов, врачей-лаборантов и работников среднего звена.

Нами установлено, что большие сдвиги в развитии службы кожно-

венерологической помощи произошли в 50-60 годы XX века. В это время почти во всех городах и районах были организованы кожно-венерологические учреждения со стационарами, оснащенные современным диагностическим и лечебным оборудованием. Несмотря на ликвидацию фавуса, кожного лейшманиоза и снижение венерических и заразных кожных заболеваний в республике, служба дерматовенерологической помощи усилила осуществление профилактических мероприятий по республике. В дальнейшем коечная обеспеченность дерматовенерологических отделений республики продолжала расти, составив к 1965 году 765 коек, к середине 70-х годов – 1650, к середине 80-х годов развернуто было 1740 кожно-венерологических коек, что полностью обеспечивало госпитализацию больных. В дальнейшем, в связи со значительным уменьшением числа больных венерическими и заразными кожными заболеваниями, количество дерматологических коек в республике было сокращено, составив к началу 90-х годов 1167 коек.

Согласно постановлению Правительства Республики Таджикистан “О рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы” сокращены 282 дерматологических койки, в настоящее время функционируют 885 коек, из них 690 стационарных и 195 дневных коек [209].

Также установили, что в борьбе с венерическими и кожными заболеваниями при Исполнительных комитетах Советов народных депутатов созданы были постоянно действующие межведомственные комиссии в целях координации деятельности органов здравоохранения и других ведомств, а при Министерстве здравоохранения, областных и городских здравотделах, центральных районных больницах – организованы штабы.

Установлено, что особенностью борьбы с венерическими болезнями в СССР является ее государственный характер, который был определен сразу же после установления Советской власти в 1918 году.

Диспансерный метод ведения больных хроническими кожными заболеваниями кожно-венерологические учреждения Таджикской ССР начали

проводить с 1965 г., что способствовало уменьшению числа рецидивов, более благоприятному их течению, сокращению дней нетрудоспособности, продлению продолжительности жизни больных тяжелыми дерматозами.

Диспансерный метод борьбы с венерическими болезнями не имеет аналогов в мире. Все принципы диспансерного метода взяты на вооружение Всемирной организацией здравоохранения, на их основе построены рекомендации ВОЗ по организации борьбы с распространением венерических болезней.

В конце 80-х годов появилась тенденция пересмотреть диспансерный метод и предложить равноценную ему альтернативу на том основании, что диспансерный метод устарел и не оправдал себя, однако эта инициатива не получила развития.

Установлено, что в 1970-х годах в республике функционировало 61 кожно-венерологическое учреждение (18 диспансеров, 9 отделений и 34 кабинета). Обеспеченность койками составляла 5 на 10000 населения (средне союзный показатель – 2,3). В службе работали 143 врача дерматовенеролога и 25 врачей-лаборантов.

Подготовка медицинских кадров высшей и средней квалификации и, в дальнейшем, последиplomная их переподготовка проводилась, в основном, учебными заведениями республики. В связи с этим, в конце 1939 г. в столице республики был создан медицинский институт, в дальнейшем - медицинские училища, что резко улучшило перспективы обеспечения республики врачами и работниками среднего медицинского персонала на будущее время. Для обучения студентов и подготовки специалистов в Республиканской больнице (в последующем ГKB №1) в 1941 году на базе терапевтического отделения была открыта кафедра кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института, в дальнейшем в этой больнице было открыто кожное отделение. Число врачей дерматовенерологов стало быстро расти. Так, если в 1945 году дерматовенерологов в республике было 20 человек, то уже к концу 60-х годов их количество увеличилось до 101, а к середине 70-х

годов – до 143. В конце 80-х годов количество врачей дерматовенерологов в республике достигло 182 человек.

В дальнейшем после укрупнения некоторых кожно-венерологических диспансеров к середине 80-х годов специализированную помощь населению республики оказывали 56 учреждений, в том числе 16 диспансеров, 9 отделений и 31 кабинет. При них функционировали 22 серологических, 20 клинико-диагностических и 6 бактериологических лабораторий.

Первичная специализация и усовершенствование врачей дерматовенерологов Таджикистана начали проводиться с конца 40-х годов прошлого столетия. До конца 50-х годов для обучения специальности и повышения квалификации врачи-дерматовенерологи республики выезжали в другие города бывшего СССР. С начала 60-х годов первичная подготовка и переподготовка врачей-дерматовенерологов начала осуществляться на кафедре кожных болезней ТГМИ им. Абуали ибни Сино. В начале 70-х годов на базе Республиканского кожнодиспансера была организована годичная специализация (интернатура) для подготовки врачей-дерматовенерологов. В 1986 году при факультете усовершенствования врачей Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино на базе республиканского кожно-венерического диспансера был открыт курс дерматовенерологии.

Установлено, что сотрудники кафедры кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино и врачи кожно-венерологических диспансеров успешно занимались разработкой научных проблем, актуальных в условиях Таджикистана. В советский период дерматовенерологами были защищены 2 докторские и 10 кандидатских диссертаций, ими опубликовано было около 230 статей, методических разработок, монографий, брошюр, получены 6 удостоверений на рационализаторские предложения.

За этот период было проведено 5 республиканских научно-практических конференций, которые охватывали актуальные проблемы кожно-

венерологической службы республики.

Установлено, что за хорошую плодотворную работу 8 врачам было присвоено почетное звание заслуженный врач Таджикской ССР, около 70 работников награждены значком «Отличнику здравоохранения», многие врачи, медицинские сестры и санитарки – орденами и медалями СССР. В связи с этим коллективы Республиканского КВД, Ленинабадского областного КВД и кафедры дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино награждены дипломами ВДНХ Таджикской ССР и в 1984 г. коллектив Турсунзадевского кожно-венерологического диспансера награжден Почетной грамотой Министерства здравоохранения СССР и ЦК профсоюза медицинских работников.

Также установили, что в Согдийской (Ленинабадской) области врачи кожвенерологи работали с 1928 года. Затем в 1931 году на базе санбаклаборатории в городе Ходженте было открыто серологическое отделение, а в 1932 году - первое здание кожно-венерического диспансера. Были открыты кожно-венерологические кабинеты, пункты и отделения в Канибадаме, Истаравшане, Исфаре, Пенджикенте и в ряде других районов.

Нами установлено, что в Хатлонской (она объединяла Кулябский и Курган-Тюбинский регионы) области были организованы специализированные кожно-венерологические кабинеты. В 1930 году в городе Куляб был открыт кожно-венерологический диспансер. В городе Курган-Тюбе кожно-венерологический диспансер открыли в 1958 году. Структура областных диспансеров состояла из амбулатории (вели приём больных) и стационарного отделения, кроме того, на базе диспансера функционировали лаборатория и физиотерапевтическое отделение. Постепенно во всех районах и городах Хатлонской области были открыты кожно-венерологические кабинеты, пункты и отделения.

Из архивных материалов было установлено, что в ГБАО на базе областной поликлиники города Хорога в 1938 г. впервые был открыт кабинет дерматолога. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной

больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт Областной кожно-венерологический диспансер. Постепенно по всей области были открыты кожные кабинеты и на базе диспансера создана лаборатория.

В городе Душанбе в 1970 году открылся городской кожно-венерологический диспансер (ГКВД), который состоял из поликлинической части и венерологического отделения, состоявшего из 100 коек. ГКВД г. Душанбе обслуживал столицу республики и близлежащие районы.

Установлено, что в районах республиканского подчинения были открыты сначала кожные кабинеты, затем кожные отделения. В городе Турсунзаде была открыта кожно-венерологическая больница, а в городе Вахдате (Орджоникидзабад) и Гиссарском районе были открыты кожные отделения, а в остальных районах и городах кожные кабинеты на базе ЦРБ.

Таким образом, скудность исследований, освещающих состояние службы дерматовенерологической помощи населению республики в разные периоды (дореволюционном, в период становления и развития здравоохранения, после обретения государственной независимости), не дает полного представления о путях становления и развития службы в республике. Дерматовенерологическая служба Республики Таджикистан, как и другие медицинские службы, образовалась постепенно и получила всестороннее развитие со стационарными подразделениями в Советские годы. Однако, следует отметить, к периоду распада СССР кадровый и материально-технический потенциал службы имел некоторые недостатки. В некоторых районах республики не было врачей дерматовенерологов, в некоторых кожно-венерологических диспансерах наблюдалась неукомплектованность врачебными и средними медицинскими кадрами. В некоторых кожно-венерологических учреждениях из-за недостаточного финансирования отсутствовали клинические или серологические лаборатории, не хватало врачей лаборантов. Одной из важных причин периодических вспышек заболеваемости населения инфекциями, передающимися половым путем, в те годы являлось ослабление, а в некоторых

регионах отсутствие взаимосвязанной работы дерматовенерологической службы с эпидемиологической, акушерско-гинекологической и урологической службами республики.

Динамика образования службы кожно-венерологической помощи города Душанбе показана в таблице 3.1.

Таблица 3.1. – Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи г. Душанбе

Наименование региона	Название учреждения	Год
г. Душанбе	Первый венерологический пункт	1926
	Первый КВД	1928
	РКВД	1931
	КВО ГКБ №1	1941
	ГКВД	1970

Первый венерологический пункт в г. Душанбе (табл. 3.1.) был организован в 1926 г., первый кожно-венерологический диспансер - в 1928 году, который в 1931 г. был переименован в Республиканский кожно-венерологический диспансер. С 1941 г. на базе ГКБ №1 начала функционировать кафедра дерматовенерологии Таджикского государственного медицинского института и кожное отделение, а в 1970 г. в городе Душанбе организовался Городской кожно-венерический диспансер. В республике в этот период работали 200 врачей дерматовенерологов.

Нами установлено, что в Кулябской группе районов Хатлонской области в 1928 году функционировали 15 медицинских пунктов (историческая справка р-227 от 15.04.1982 Кулябского отдела государственного архива по Хатлонской области), в том числе в г. Кулябе указано в таблице 3.2.

Таблица 3.2. – Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи в Кулябской области

№ п/п	Наименование региона	Название учреждения	Год
1	г. Куляб	Первый медпункт ОКВД, 65 коек.	1928 1930
2	Восе	КВД, 12 коек.	1949
3	Пархар	КВД, 15 коек.	1961
4	Московский	КВД, 15 коек.	1963
5	Советский	Кожвенкабинет при ЦРБ	1975
6	Муминабад	Кожные отделения при ЦРБ, 15 коек.	1976
7	Дангара	Кожные отделения при ЦРБ, 5 коек.	1978
8	Хавалинг	Кожвенкабинет при ЦРБ	1988
9	г. Нурек	Кожвенкабинет при ЦРБ	1979
Всего		4 КВД, 4 стационара	

Как видно из таблицы 3.2, первый медпункт в г. Кулябе появился в 1928г. (Государственный архив Хатлонской области в г. Куляб №54 от 01.11.2017), в этот же период был организован отдел здравоохранения исполнительного комитета Кулябского городского совета депутатов трудящихся (историческая справка р-227 от 15.04.1982 Кулябского отдела государственного архива по Хатлонской области). В 1930 г. в г. Кулябе был открыт первый кабинет дерматовенерологической помощи, в последующем кожно-венерологические учреждения открывались в 60-70-е годы, среди них 4 ЦКВД, 4 кожных отделения при ЦРБ и 6 кожвенкабинетов.

Кожно-венерологические учреждения (отделения, кожвенкабинеты) начали функционировать в Восейском районе в 1949 году, в Пархарском районе – в 1961 г., Хамадони – в 1963 г., Темурмаликском – в 1975 г., Муминабадском - в 1976 г., в Дангаринском - в 1978 г., в последующие годы - в г. Нуреке (1979 г.), Ховалинге (1988 г.).

Нами установлено, что в Курган-Тюбинском регионе, входившем в состав Хатлонской области, функционировали специализированные учреждения

службы дерматовенерологической помощи (историческая справка р-227 от 15.04.1982 Кулябского отдела госархива по Хатлонской области) (таблица 3.3).

Таблица 3.3. – Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи Курган-Тюбинского региона

№ п/п	Наименование региона	Название учреждения	Год
1	г. Курган-Тюбе	Первый медпункт ОКВД	1927 1958
2	Пяндж	Кожвенкабинет при ЦРБ	1968
3	Шаартуз	Кожвенкабинет при ЦРБ	1965
4	Джиликуль	КВД	1978
5	Куйбышевский	Кожвенкабинет при ЦРБ	1979
6	Гозималик	Кожвенкабинет при ЦРБ	1979
7	Бохтар	КВД	1969
8	Вахш	КВД, 15 коек.	1968
9	Яван	Кожвенкабинет при ЦРБ	1969
10	Кумсангир	Кожвенкабинет при ЦРБ	1973
11	Кубодиён	КВД	1975
12	г. Калининабад	Кожвенкабинет при ЦРБ	1987
13	Колхозабад	КВД, 15 коек.	1987
Всего		6 КВД, 6 стационаров	

Как видно из таблицы 3.3, первый медицинский пункт в городе Курган-Тюбе был открыт в 1927 году, однако первое специализированное дерматовенерологическое учреждение в городе начало работать только с 1958 г., когда был открыт областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД). В последующие годы во всех районах Курган-Тюбинского региона начали функционировать кожно-венерологические кабинеты, отделения и диспансеры: в 5 районах - КВД и 7 районах – кожвенкабинеты (материалы Государственного архива Хатлонской области в г. Кулябе, №24 от 30.10.2017; №54 от 01.11.2017).

В целом, по области функционировали диспансеры и кабинеты, но, к сожалению, в некоторых районах не хватало специалистов, что наблюдается и в настоящее время.

Динамика организации службы дерматовенерологической помощи Согдийской области демонстрируется в таблице 3.4.

Таблица 3.4. - Динамика образования учреждений службы дерматовенерологической помощи Ленинабадской области (ныне Согдийской)

№ п/п	Наименование региона	Название учреждения	Год
1	г. Худжанд	Первый медиц. пункт	1927
		Кожный кабинет	1929
		ОКВД	1932
2	Пролетарский	Кожвенкабинет при ЦРБ	1935
3	Ашт	Кожвенкабинет при ЦРБ	1963
4	г. Канибадам	КВД, 3 отд, 40 коек.	1967
5	г. Пенджикент	КВД, 3 отд, 60 коек.	1967
6	г. Уратюбе	КВД, 2 отд, 40 коек.	1967
7	г. Кайракум	Кожвенкабинет при ЦРБ	1969
8	г. Чкаловск	Кожвенкабинет при ЦРБ	1969
9	г. Исфара	КВД, 2 отд, 30 коек.	1970
10	Б. Гафурова	Кожвенкабинет при ЦРБ	1970
11	Науский	Кожвенкабинет при ЦРБ	1972
12	Мастчох	Кожкаб. при ЦРБ, 20 коек.	1977
13	Зафаробод	Кожвенкабинет при ЦРБ	1979
14	Айни	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
15	г. Табошахр	Кожвенкабинет при ЦРБ	2010
16	Шахристан	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
17	Ганчинский	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
18	Г. Мастчох	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
ВСЕГО		5 КВД, 5 стационаров	

Как показывают данные таблицы 3.4, в Согдийской (ранее Ленинабадской) области первый медпункт был открыт в г. Худжанде в 1927 году, первый пункт дерматовенерологической помощи – в 1928 году. В дальнейшем, в 1931 году, в городе Худжанде, на базе санитарно-бактериологической лаборатории открыто серологическое отделение, а в 1932 году - первое здание кожно-венерического диспансера. В последующем, кожно-венерологические кабинеты и отделения были открыты в Джаббар -

Расуловском районе (1935 г.), далее в Аштском районе (1963 г.), г. Канибадаме (1967 г.), Истаравшане (1967 г.), Пенджикенте (1967 г.), Исфаре (1970 г.) и в других районах. В большинстве дерматовенерологических учреждений Согдийской области не хватает врачей.

По архивным данным, нами установлено, что история возникновения дерматовенерологической помощи в ГБАО началась с 30-х годов прошлого века (таблица 3.5).

Таблица 3.5. – Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи ГБАО

№ п/п	Наименование региона	Название учреждения	Год
1	г. Хорог	Кожвенкабинет	1938
		2 палаты на инфекц. отдел	1955
		ОКВД	1966
2	Ванч	Кожвенкабинет при ЦРБ	1982
3	Ишкашим	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
4	Дарвоз	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
5	Мургаб	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
6	Рошткала	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
7	Рушон	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
8	Шугнон	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
Всего		1 КВД, 1 стационар	

Данные таблицы 3.5 показывают, что на базе областной поликлиники города Хорога в 1938 г. впервые был открыт кабинет дерматолога. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт Областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД). В разные годы в ГБАО были организованы кабинеты и отделения дерматовенерологической помощи, но из-за нехватки кадров их пришлось вскоре закрыть. В последние годы население ГБАО обслуживается, в основном, на базе областного центра кожных и венерических болезней (ОЦКВБ) г. Хорога (до конца 90-х годов назывался

ОКВД), при центре создана лаборатория. Кроме этого, в настоящее время функционируют кожвенкабинеты в Дарвазском и Ванчском районах.

В ходе дальнейшего изучения архивных материалов была установлена динамика развития дерматовенерологической помощи в районах республиканского подчинения (РРП), что приведено в таблице 3.6.

Таблица 3.6. - Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи РРП

№ п/п	Наименование региона	Название учреждения	Год
1	Гармский	Первый медпункт КВД стал кабинетом	1929 1960
2	Файзабад	Кожвенкабинет	1970
3	г. Орджоникидзабад	КВД стал кабинетом	1949
4	Обигармский	Кожвенкабинет при ЦРБ	1940
5	г. Турсунзаде	КВД	1948
6	Таджикабад	Кожвенкабинет при ЦРБ	1958
7	Рудаки	КВД стал кабинетом	1968
8	г. Гиссар	КВД	1982
9	Шахринав	КВД	1982
10	г. Рогун	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
11	Джиргаталь	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
12	Тавильдара	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984
Всего		3 КВД, 2 стационара	

Таким образом, первый медпункт и первая амбулатория в РРП открылись, соответственно, в 1929 году в Раштском (ранее назывался Гармский район) и в 1933 г. в Файзабадском районах. В разные годы в РРП функционировали кожно-венерологические кабинеты и диспансеры. В городе Турсунзаде в 1948 году была открыта кожно-венерологическая больница, в городе Вахдате (Орджоникидзабад) в 1949 году и в Гиссарском районе в 1953 г. были открыты кожные отделения, а в остальных районах и городах кожные кабинеты на базе ЦРБ. В 90-е годы большинство дерматовенерологических учреждений переименованы в центры кожно-венерических болезней. Они продолжают

функционировать, но в некоторых РРП, как показывают данные таблицы 3.6, не хватает специалистов.

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что в своем развитии служба дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан прошла сложный исторический путь. На территории Бухарского Ханства отсутствовали лечебные и фармацевтические учреждения, а также медицинские и фармацевтические кадры. Перед началом Великой Отечественной войны республика уже имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений, в дальнейшем она сформировалась и развивалась как самостоятельная система, имела период расцвета и деструкции. В первые годы независимости отмечался спад в работе дерматовенерологической службы республики. В настоящее время наблюдается восстановление данной службы.

ГЛАВА 4. Развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях

В конце 80-х годов, перед развалом СССР и приобретением нашей страной независимости службу дерматовенерологической помощи представляли 56 учреждений, среди них головная организация - Республиканский КВД, 4 областных КВД, один душанбинский городской КВД, 10 районных КВД, кожные отделения – в 9 районах и в 31 районе - кожно-венерологические кабинеты. Кроме этого, функционировали кафедра кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино (ТГМИ), курс дерматовенерологии факультета усовершенствования врачей ТГМИ им. Абуали ибни Сино и кожное отделение городской клинической больницы (ГКБ) №1 г. Душанбе.

4.1. Состояние службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в новых социально-экономических условиях

В первые годы независимости (90-е годы) функционировавшая на тот момент система здравоохранения и её службы по оказанию медико-санитарной помощи были малоэффективными в плане решения нарастающих проблем по охране здоровья населения страны. За годы политической нестабильности (1991-1997 гг.) в стране был нанесён серьёзный ущерб объектам здравоохранения, в том числе службы дерматовенерологической помощи, начиная с южных областей и, постепенно, по всей республике. Пострадали дерматовенерологические учреждения, лабораторное оборудование значительно устарело, и для проведения общего и текущего ремонта требовались большие затраты, но на тот момент экономическое состояние республики не позволило в короткий срок устранить их.

В ответ на распространение ВИЧ/ИППП в 1987 году при Министерстве здравоохранения были открыты первые две лаборатории по диагностике СПИДа. С 1991 года функционирует Республиканский Центр по профилактике

и борьбе со СПИДом, в республике организована сеть специализированных учреждений по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД.

В апреле 1997 года при Правительстве РТ был создан Национальный координационный Комитет по борьбе со СПИД/БППП (далее - НКК СПИД) под председательством заместителя Премьер-министра республики. В декабре 2000 года на основании Постановления Правительства РТ утвержден новый состав Национального координационного Комитета по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД/БППП в РТ. Председателем Национального комитета назначен заместитель Премьер-министра, заместителем председателя является министр здравоохранения РТ, секретарем - главный врач РЦ СПИД. В состав НКК вошли:

- Заместитель министра здравоохранения - главный государственный врач РТ;
- Первый заместитель министра образования;
- Первый заместитель министра финансов;
- Первый заместитель министра культуры;
- Заместитель министра внутренних дел;
- Первый заместитель министра иностранных дел;
- Заместитель министра юстиции;
- Заместитель министра труда и социальной защиты населения;
- Первый заместитель директора Агентства по контролю за наркотиками при Президенте РТ;
- Заместитель Председателя Комитета по телевидению и радиовещанию при Правительстве РТ;
- Заместитель Председателя Таможенного Комитета при Правительстве РТ;
- Председатель Комитета по делам религии при Правительстве РТ;
- Председатель Комитета по делам женщин и семьи при Правительстве РТ;
- Председатель Комитета по делам молодежи при Правительстве РТ.

Основным направлением деятельности НКК СПИД является координация и осуществление взаимодействия министерств и ведомств, органов

исполнительной власти на местах и других организаций в проведении профилактических и противоэпидемических мероприятий по ВИЧ-инфекции.

27 декабря 1993 года Постановлением Верховного Совета РТ был введен в действие Закон РТ "О профилактике заболевания СПИД".

6 января 1997 года постановлением №27 Правительства Республики Таджикистан была утверждена «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения до 2005 года».

9 апреля 1997 года Постановлением №163 Правительства РТ была утверждена "Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД /БППП в Республике Таджикистан на 1997-1998 годы". На основании Национальной программы был разработан Проект Правительства РТ и ПРООН "Содействие мультисекторальному ответу на ВИЧ/СПИД/БППП в Таджикистане". Программа не была эффективной из-за недостаточной финансовой поддержки со стороны государственного бюджета.

30 декабря 2000 года Постановлением №516 Правительства РТ была утверждена новая "Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД/БППП в Республике Таджикистан на период до 2007 года".

Национальная программа была нацелена на:

- снижение темпов распространения ВИЧ/СПИД/БППП;
- смягчение последствий заражения ВИЧ/СПИД/БППП на индивидуальном уровне и в масштабах общества.

С учетом социально-экономической ситуации в республике и тенденций распространения опасности заражения ВИЧ/СПИД/БППП Программа выделила 4 приоритетные стратегии достижения этих целей:

- Предотвращение передачи ВИЧ/БППП половым путем;
- Предупреждение передачи ВИЧ/БППП через кровь;
- Предотвращение перинатальной передачи ВИЧ/БППП;
- Обеспечение медицинской помощью и социальной защитой ВИЧ-инфицированных и членов их семей в соответствии с Законом РТ "О профилактике заболевания СПИД".

Главной целью стратегии предотвращения передачи ВИЧ/БППП половым путем предусмотрено было формирование безопасного полового воспитания, обеспечение доступности презервативами, создание условий доступности и приемлемости медицинской помощи больным ИППП. Для создания последнего в Национальной программе выделены виды деятельности: внедрить в практику здравоохранения синдромный подход ведения больных ИППП по профилю семейной медицины, репродуктивного здоровья, подготовка медицинского персонала по диагностике и лечению ИППП, разработка и распространение инструкций по синдромному ведению больных ИППП, проведение широкой санитарно-просветительской работы среди всего населения, особенно молодежи.

5.11.2002 года Постановлением Правительства Республики Таджикистан за №436 принята «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года», состоящая из четырех разделов. В Разделе 1 "Достижение лучшего здоровья" одной из основных задач явилось сокращение распространенности инфекционных болезней, в которой к 2010 году должно быть обеспечено последовательное и непрерывное уменьшение распространенности болезней, передаваемых половым путем (БППП), а уровень распространенности врожденного сифилиса не должен превышать 0.01 на 1000 живорожденных.

Программы, направленные на борьбу с этими болезнями, должны быть нацелены на:

- достижение эффективных межсекторальных действий;
- распространение доступной для восприятия откровенной и полной информации по предупреждению передачи вышеуказанных болезней, используя безопасные методы полового контакта, повышение образованности людей для принятия ими правильного решения по собственному поведению и образу жизни;
- развитие доступа к презервативам;

- обеспечение безопасности крови путем надлежащего скрининга и тестирования донорской крови и кровепродуктов;
- внедрение стандартных протоколов (схем) эффективного лечения болезней, передаваемых половым путем;
- проведение соответствующих активных противоэпидемических мероприятий по борьбе с сифилисом, основанных на принципе раннего выявления случаев заболевания и эффективного их ведения, развитие систем первичной профилактики и надлежащего эпидемиологического надзора;
- целенаправленные вмешательства в виде рутинного скрининга и лечения беременных женщин с болезнями, передаваемыми половым путем, в рамках службы антенатальной (дородовой) помощи и активной работы с женщинами, включенными в программы лечения обоих партнеров;
- развитие сотрудничества со Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ), с Программой ООН по СПИДу и другими международными организациями.

14.03.03 Министром здравоохранения Республики Таджикистан подписан приказ №97 об амбулаторном обследовании и лечении больных ИППП и утверждены подготовленная по материалам ВОЗ «Инструкция о синдромном подходе к ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем», «Положение о первичной профилактике больных инфекциями, передаваемыми половым путем, в лечебно-профилактических учреждениях» и «Временная инструкция по учету больных с синдромным диагнозом поражений уrogenитальной сферы», которые уже к концу 2003 года при финансовой поддержке Фонда населения ООН были изданы в достаточном количестве. Эти документы в виде отдельной, хорошо оформленной инструкции при финансовой поддержке Глобального фонда были переизданы в 2005 г.

В приказе указано на внедрение синдромного метода ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, в районах, где нет дерматологов и лабораторий по их диагностике, в первую очередь, в медицинских учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Под синдромным лечением понимается подход к терапии ИППП, направленной на борьбу с болезнетворными микроорганизмами, которые являются наиболее частыми причинами того или иного синдрома. Преимуществами синдромного лечения являются: ускорение предоставления больному медицинской помощи, лечение уже при первом посещении врача, экономия средств за счет исключения дорогостоящих лабораторных тестов, большая удовлетворенность пациента.

Синдромное лечение ИППП широко применяется даже в развитых странах мира, где медицинские учреждения оснащены современным лабораторным оборудованием.

Для внедрения синдромного метода ведения больных ИППП со второй половины 2003 года и до октября 2004 года были подготовлены вначале национальные тренеры – 4 специалиста, затем местные тренеры для 5 пилотных районов – Варзобского, Дангаринского, Бальджуванского, Шахристанского и города Табошар. Кроме того, из числа профессорско-преподавательского состава ТГМУ, ТИППМК и врачей Республиканского клинического центра кожных и венерических болезней была сформирована группа тренеров для проведения совместно с местными тренерами пилотных районов семинаров по подготовке медицинских работников ПМСП.

Первые 13 семинаров по подготовке медицинских работников по синдромному ведению больных ИППП были проведены в конце 2004 года с семейными врачами и заведующими домами здоровья 5 пилотных районов – Дангаринского, Варзобского, Бальджуванского, Шахристанского и г. Табошар. На этих семинарах были подготовлены 141 медицинский работник первичной медико-санитарной помощи. Всего за 2005-2007 гг. проведено 22 семинара, из них 13 – в РРП, 3 – в Согдийской области, 2 – в Хатлонской, 1 – в ГБАО, 2 – в г. Душанбе. Подготовлено всего 355 медицинских работников, из них 204 – по синдромному ведению больных ИППП, 133 – по проведению санитарно-просветительской работы по профилактике ИППП/ВИЧ/СПИДа среди подростков и молодежи. При финансовой поддержке международных

организаций издана разнообразная информационно-образовательная литература по проблеме ИППП для населения вышеуказанных пилотных районов.

Одной из уязвимых групп, среди которых распространены ИППП и ВИЧ-инфекция, являются заключенные. По согласованию с УИД Министерства юстиции республики и Глобального Фонда во всех исправительных колониях Таджикистана, а их в республике насчитывается 18, открылись кабинеты анонимного обследования, лечения, консультирования осужденных с ИППП/ВИЧ. Все медицинские работники и сотрудники обслуживающего персонала УИД обучены методам первичной и вторичной профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции среди заключенных. 18 врачей исправительных колоний подготовлены путем тренинга по синдромному ведению ИППП для работы в этих кабинетах. Подготовлена группа добровольцев из числа осужденных врачей и активистов ряда колоний для дальнейшей работы с осужденными (работа по принципу «равный обучает равного»). В течение 4 месяцев (с ноября 2003 года до февраля 2004 года) проведена информационно-просветительская работа среди заключенных ИК №1 по профилактике ИППП/ВИЧ. Процесс реализации повышения знаний заключенных по первичной профилактике и минимуму самодиагностики ИППП и ВИЧ-инфекции, последствиям и профилактике потребления наркотиков осуществлялся путем проведения теоретических занятий. Всего было проведено 31 занятие, которые посетили 623 осужденных. В медсанчасти некоторых ИТК созданы информационные центры по профилактике и минимуму самодиагностики ИППП и ВИЧ-инфекции, вреде наркотиков.

К группе высокого риска по заражению ВИЧ/ИППП, помимо работников коммерческого секса, наркоманов, заключенных, относятся трудовые мигранты. Приказом Министра здравоохранения Республики Таджикистан (от 17 января 2005 года №27) в следующих 15-ти городах и районах республики созданы дружественные кабинеты для синдромного ведения больных среди трудовых мигрантов и членов их семей: Хорог, Рашт, Файзабад, Вахдат,

Турсунзода, Муминабад, Куляб, Колхозабад, Яван, Вахш, Ашт, Айни, Канибадам, Гафуров, Пенджикент.

В связи с этим в апреле и мае 2005 года при содействии Глобального Фонда были проведены семинары (в гг. Душанбе и Худжанде) по подготовке медицинских работников из числа дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, семейных врачей и терапевтов для работы в дружественных кабинетах. Эти кабинеты, оснащенные необходимым медицинским оборудованием и лекарственными средствами, в вышеуказанных городах и районах начали функционировать в конце первой половины 2005 года.

В течение лета 2006 года при финансовой поддержке Глобального Фонда начали функционировать дружественные кабинеты еще в 15 городах и районах страны: Рудаки, Варзоб, Гиссар, Нурабад, Пяндж, Кумсангир, Шаартуз, Хамадони, Восеъ, Шурабад, Худжанд, Исфара, Ганчи, Горный Матча, Ишкашим. Для работы в этих кабинетах также подготовлены врачи из числа дерматовенерологов, семейных врачей, акушеров-гинекологов.

В 2006 году издано учебно-методическое пособие «Роль медицинских работников первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) в профилактике инфекций, передаваемых половым путем».

Для проведения информационной работы среди трудовых мигрантов и членов их семей были подготовлены волонтеры из числа социальных работников и сотрудников НПО, которые приняли активное участие по улучшению посещаемости трудовыми мигрантами и членами их семей дружественных кабинетов.

Лекарственное и инструментальное оснащение дружественных кабинетов со стороны Глобального фонда проводилось своевременно и качественно, индивидуальные средства защиты (презервативы) доставлялись Глобальным фондом через международные организации молодежи (МОМ) в достаточном количестве, информационные материалы постоянно обновлялись.

В 2006-2007 гг. ежеквартально проводился мониторинг работы дружественных кабинетов и волонтеров сотрудниками РКЦКВБ совместно с представителями Глобального фонда и МОМ.

В дальнейшем в период до 2012 года проведена большая работа по активизации деятельности с трудовыми мигрантами и группами риска ИППП. При поддержке Глобального фонда были открыты кабинеты доверия в других районах республики. Всего дружественные кабинеты были открыты в 45 городах и районах Республики Таджикистан.

Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2.08.2010 №368 принята «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы», в которой предусмотрено было непрерывное обучение подростков, молодых людей и родителей по вопросам репродуктивного здоровья, включая планирование семьи, безопасное материнство, ИППП, ВИЧ/СПИДа, центральным элементом являлась санитарно-просветительная работа в школах, сообществах и учреждениях ПМСП, диагностика и лечение ИППП у беременных женщин.

К приоритетным задачам стратегии по обеспечению санитарно-эпидемиологической безопасности населения было отнесено: снижение заболеваемости вирусными гепатитами, инфекциями, передаваемыми водным путем, ВИЧ/СПИД, туберкулезом, гельминтозами, малярией и другими паразитарными болезнями, ИППП.

Особое внимание было уделено профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП.

В соответствии со "Стратегией Республики Таджикистан в области науки и технологий на 2007-2015 гг." приоритетными направлениями научных исследований в области здравоохранения республики являлись инфекционные болезни, сердечно-сосудистые заболевания, онкологические заболевания, болезни органов пищеварения, здоровье матери и ребенка, эндокринные болезни, глазные болезни, болезни, передаваемые половым путем, туберкулез, ВИЧ/СПИД, психическое здоровье и разработка новых лекарственных средств.

Следует отметить, что ни одно из медицинских направлений не имеет такого количества документов, изданных на правительственном уровне. Это свидетельствует, с одной стороны, о важности и актуальности проблемы ИППП/ВИЧ в Республике Таджикистан, а с другой – о большом внимании правительства к этой проблеме.

Принятие ряда законов и Постановлений Правительства Республики Таджикистан, а также распоряжений и решений Коллегии Министерства здравоохранения Республики Таджикистан и отраслевых программ способствовали постепенному улучшению работы всех служб здравоохранения, в том числе службы дерматовенерологической помощи страны.

В конце 90-х – начале 2000-х годов по всей стране кожно-венерологические учреждения (диспансеры, отделения, кабинеты) стали переименовываться в центры.

В республике в данное время работают Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней, 3 областных центра кожных и венерических заболеваний, 1 Городской центр кожных и венерических болезней г. Душанбе, 1 Городская клиническая больница кожных болезней г. Душанбе, 21 центр кожных и венерических болезней, 4 кожных отделения и 35 кожных и венерических кабинетов. За время независимого существования республики было подписано более 38 правовых документов отрасли.

В настоящее время на территории республики количество врачей отрасли составляет 245 человек, 0,2% приходится на 10 000 населения. Из этого числа 5 докторов медицинских наук и 24 кандидата медицинских наук.

Из 245 специалистов 198 врачей (80,8%) имеют квалификационную категорию (80 - имеют высшую категорию, 76 - первую и 42 - вторую), 20 врачей получили звание Отличника здравоохранения Республики Таджикистан, 4 - удостоены ордена «Шараф», 1 заслуженный работник Республики Таджикистан и 2 сотрудника получили Премию Исмоили Сомони среди молодых ученых в сфере науки и техники, выделенную Правительством Республики Таджикистан.

В соответствии с выполнением концепции Республики Таджикистан «О реструктуризации больниц на 2006-2010 годы» и приказа МЗСЗН РТ №213 от 10.08.2010 в структуре дерматовенерологической службы возникла необходимость сократить койки, поскольку в течение многих лет план койко-дней выполнялся, в среднем, на 43%. Из имевшихся в дерматологических стационарах в конце 80-х годов 1162 коек в начале 2000-х годов сокращены были 354. В настоящее время в республике имеются 808 кожно-венерологических коек.

В первые годы независимости республики, особенно в 1995-1997 гг, количество больных инфекциями, передающимися половым путем, резко увеличилось, показатель заболеваемости достиг, в среднем, 23 на 100 тысяч населения. С 2000 года до 2004 года этот показатель снизился с 12,9 до 10,6 больных на 100 тысяч населения, к 2020 году он уменьшился до 4,3.

Повышение показателей заболеваемости ИППП напрямую зависит от последствий гражданского конфликта, увеличения уровня безработицы среди молодежи, увеличения количества трудовых мигрантов внутри страны и за ее пределами, а также от распространения различных порнографических материалов, в первую очередь, видеофильмов.

В направлении оздоровления населения сотрудники отрасли применяют современные медицинские процедуры, в том числе направляя хронических больных, страдающих псориазом, витилиго или нейродерматозами в санаторий «Гарм-чашма», который находится в Ишкашимском районе ГБАО. Следует отметить, что благодаря поддержке Основателя мира и национального единства – Лидера нации, Президента Республики Таджикистан, Эмомали Рахмона данный санаторий был отремонтирован и созданы благоприятные условия для пациентов. С каждым годом увеличивается количество больных с хроническими дерматозами, как внутри страны, так и за ее пределами, желающих получить лечение целебными водами «Гарм-чашма».

При поддержке Правительства Республики Таджикистан, областных руководящих органов и руководства Министерства здравоохранения

республики за годы независимости во многих городах и районах страны были построены или отремонтированы многие дерматовенерологические учреждения. Так, в начале 2000-х годов в городе Душанбе были отремонтированы изношенные за многие годы и находившиеся в опасном состоянии здания республиканского клинического центра кожных и венерических болезней (РКЦКВБ), в том числе кожное отделение, здание администрации, серологическая и клиническая лаборатории, приёмное отделение на сумму 866 000 сомони, а в 2011 году также проведен капитальный ремонт других отделений на сумму 400 000 сомони. РКЦКВБ имеет 3 служебные автомашины (Нива, Газ-3102, Чанган), 2 электронных микроскопа, 12 компьютеров, 5 принтеров, 1 медицинский инструмент для лечения больных псориазом (эко-пульс), один физиотерапевтический аппарат УВЧ-66, УФО, аппарат Соллюкс, аппарат д-Асонваля, 1 Лазер и электрокоагулятор.

В городском Центре кожных и венерических заболеваний (ГЦКВБ) города Душанбе в 2006-2010 гг произведено ремонтных работ на сумму 247 457 сомони. По гуманитарной программе также были полностью отремонтированы отделения Центра на сумму 155 969 сомони. При поддержке Правительства города Душанбе в 2010 году в ГЦКВБ была проведена прямая независимая линия электроэнергии.

Здание городской клинической больницы №1, располагавшееся в центре столицы, в районе бывшего парка отдыха имени Ленина, в 2007 году переехало на место детской поликлиники, расположенной вблизи мясокомбината. В 2018 году при поддержке Правительства Республики Таджикистан было построено и сдано в эксплуатацию новое 5-этажное здание городской клинической больницы, оснащенной современным оборудованием. В том же году городская клиническая больница была переименована в Городскую клиническую больницу кожных болезней (ГКБКБ).

В областном центре Согдийской области в городе Худжанде Областной клинический центр дерматовенерологии, находившийся в изношенном, полуразрушенном состоянии, в 1997 году был переведен в хорошо

отремонтированное 2-этажное здание бывшего детского сада. В 2018 году центры кожных и венерических заболеваний в г. Истаравшане, Панджекенте были полностью восстановлены благодаря капитальному ремонту.

В Хатлонской области в зданиях центров кожных и венерических заболеваний г. Бохтар, Фархорского, Дангаринского, Восейского и Муминабадского районов проведены капитальные ремонты. Центр кожных и венерических заболеваний г. Куляба находился в старом здании, в 2015 году его перевели в новое, современное 2-х этажное здание со всеми условиями.

Сотрудники дерматовенерологической службы ГБАО до 1993 года работали в старом барачного типа здании. В первые же годы независимости, в 1993 году, было построено и сдано в эксплуатацию 2-этажное кирпичное здание, которое имеет 50 коек, кроме того, при поддержке Фонда Ага-хана приобретен 1 люминесцентный микроскоп.

В целом, благодаря суверенитету в течение 30 лет во многих городах и районах республики закреплена материально-техническая база отрасли услуг кожных и венерических болезней, было приобретено современное медицинское оборудование, что напрямую способствует повышению качества медицинских услуг.

За прошедшие годы независимости более 35 сотрудников дерматовенерологической службы улучшили свои знания, приняли участие и выступали с докладами на международных конференциях в разных странах мира (Германия, Италия, Швеция, Хорватия, Эстония, Польша, Латвия, Словения, Иран, Индия, Африканские государства).

На основании двухстороннего договора между Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и негосударственной организацией «PASHA» с целью повышения интеллектуальных знаний врачей в диагностике и лечении больных с кожными и венерическими заболеваниями организован телемост «Телетиб» с Республиканским клиническим центром кожных и венерических болезней, центром дерматовенерологии Согдийской области, с центрами кожных и

венерических болезней городов Вахдат, Турсунзаде, с центром семейной медицины, а также с некоторыми странами - США.

В области внедрения современных методов диагностики и лечения учеными и практическими работниками дерматовенерологических учреждений разработаны и изданы: клинические протоколы по профилактике, диагностике и лечению инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике гнойничковых заболеваний кожи (пиодермии) и чесотке, по профилактике, диагностике и лечению лепры. Все эти документы были утверждены руководством Министерства здравоохранения и социальной защиты населения и доставлены специалистам городов и районов страны.

В Республиканском клиническом центре кожных и венерических заболеваний были приобретены и функционируют два таких аппарата, как электрокоагулятор (для лечения больных с проявлениями папилломавирусной инфекции, контагиозного моллюска, генодерматозов, с доброкачественными опухолями кожи) и лазерное устройство для лечения кожных заболеваний на сумму 49000 сомони.

В городском центре кожных и венерических заболеваний города Душанбе функционирует аппарат ПУВА для лечения хронических заболеваний кожи.

Текущий ремонт был произведен клиническим центром дерматовенерологии Согдийской области в размере 106000 сомони и функционирует биотехнологический аппарат Статфакс (производство США) на сумму 43000 сомони.

В центре кожных и венерических заболеваний г. Бохтар было закуплено устройство ИФА на сумму 26964 сомони, один специалист на 8-месячный срок отправлен для повышения уровня своих знаний в ГОУ «ИПОСЗ РТ».

В связи с выполнением распоряжения Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 8 апреля 2016 года, №242, 11-12 июля 2016 года в комплексе «Национальная библиотека» был проведен круглый стол на тему «Достижения, преимущества и аспекты

развития сферы дерматовенерологии в Республике Таджикистан» с международным участием. В материалах этой конференции опубликовано более 140 научных работ.

Министерством здравоохранения и социальной защиты населения РТ с 6 по 8 декабря 2017 года в г. Душанбе был проведен семинар-совещание врачей по дерматовенерологии с привлечением иностранных специалистов из разных стран.

Следует отметить, что при непосредственной поддержке Правительства Республики Таджикистан и руководства Министерства здравоохранения в сентябре 2003 года была проведена 1 международная конференция, посвященная 70-летию организации борьбы с лепрой с участием 90 человек отечественных и зарубежных специалистов.

Сотрудники кафедры дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «ИПОСЗРТ» за это время подготовили 5 докторов наук, свыше 25 кандидатов наук, 3 учебника, свыше 15 монографий, свыше 20 учебных пособий, более 150 методических рекомендаций, более 500 статей и множество рацпредложений. Сотрудники обеих кафедр периодически повышают уровень знаний в республике и за её пределами. Они постоянно участвует с докладами на международных конференциях.

В конце 90-х годов 20-го века и начале 21-го века в сфере выявления и профилактики заболеваний, передающихся половым путем, появилось много проблем, одной из которых было снижение до 25-30% вассерманизации больных ИППП и больных соматических стационаров и поликлиник. Рассмотрению данного вопроса в 2001-2002 годах были посвящены 4 заседания министерства здравоохранения республики, что дало серьезный импульс в этом направлении. В настоящее время исследование анализа крови (RW) пациентов в соматических отделениях доведено до 95-99%. Разлад в работе системы здравоохранения страны в 90-х годах способствовал открытию ряда серологических лабораторий в медицинских учреждениях

недерматологического профиля, что повлекло за собой неполное выявление венерических заболеваний и вызвало недовольство граждан, в связи с чем МЗ РТ от 02.02.2010 было подписано распоряжение за №61 «О централизации серологического исследования».

В деятельности серологических лабораторий страны находятся 5 центров, в том числе республиканский клинический центр кожных и венерических болезней, городской центр кожных и венерических болезней города Душанбе, городская клиническая больница кожных болезней, областные центры кожных и венерических болезней г. Худжанд и г. Бохтар. Согласно Указу №600 Правительства Республики Таджикистан «О порядке медицинского и санитарного обслуживания граждан Республики Таджикистан в учреждениях государственной системы здравоохранения, которые финансируются из республиканских учреждений» была улучшена материально-техническая база лабораторий, что способствовало повышению качества медицинских услуг, улучшению выявляемости больных с ИППП, как в очагах инфекции, так и среди пациентов соматических отделений. Кроме того, была увеличена заработная плата работников лабораторий с 165-200 до 650-700 сомони.

4.1.1. Состояние службы дерматовенерологической помощи в городе Душанбе и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях

Нами установлено, что первая специализированная дерматовенерологическая служба республики открылась в городе Душанбе в 1926 году с создания венерологического пункта, первый кожно-венерологический диспансер - первое узкоспециализированное лечебное учреждение республики – организован в г. Душанбе в 1928 году, в 1931 г. он был переименован в Республиканский кожно-венерологический диспансер (РКВД). С конца 90-х годов РКВД называется Республиканским клиническим центром кожных и венерических болезней (РКЦКВБ).

Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи г. Душанбе отражена в таблице 4.1.

Таблица 4.1. Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи г. Душанбе

Наименование региона	Название учреждения	Год	Население	Врачи	Норма
г. Душанбе	РКЦКВБ	1926	854900	107	47
	ГКБКБ	1941			
	ГКЦКВБ	1970			
Всего по республике			9220100	245	431

Как видно из таблицы 4.1, в настоящее время в г. Душанбе функционируют 3 кожно-венерологических учреждения: республиканский клинический центр кожных и венерических болезней (РКЦКВБ), городской клинический центр кожных и венерических болезней (ГКЦКВБ) и городская клиническая больница кожных болезней (ГКБКБ). На базе ГКБКБ находится кафедра дерматовенерологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино, на базе ГКЦКВБ находится кафедра дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан и на базе РКЦКВБ находится кафедра медицинского факультета Таджикского национального университета. В городе Душанбе работают 107 врачей дерматовенерологов, что превосходит штатные нормативы в 2,3 раза. В настоящее время в республике работают 245 врачей дерматовенерологов, не хватает 43,2%.

В 1941 г. на базе городской клинической больницы (ГКБ) №1 открылась кафедра кожных и венерических болезней ТГМИ им. Абуали ибни Сино, затем - кожное отделение, состоявшее из 40 коек дерматологического профиля. В 2018 г. ГКБ №1 была переименована в Городскую клиническую больницу кожных болезней (ГКБКБ). В состав ГКБКБ входят кожное отделение, состоящее из 50 коек, приемное, лабораторное и физиотерапевтическое отделения.

Городской клинический центр кожных и венерических болезней (ГКЦКВБ) начал функционировать с 1970 года, ранее он назывался городским кожно-венерологическим диспансером (ГКВД). В его структуру входят диспансерное, стационарное и приемное отделения, физиотерапевтический кабинет и лаборатория. Стационарное отделение имело детское и взрослое отделения, состояло из 100 коек, а с 2008 состоит из 50 коек.

Структура дерматовенерологических учреждений г. Душанбе в настоящее время приведена в таблице 4.2.

Таблица 4.2. Структура дерматовенерологических учреждений г. Душанбе в настоящее время

Название учреждения	Население	Койки	Врачи	Норма	Δ
Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней		100	24	24	0
Городская клиническая больница кожных заболеваний	854900	50	17	17	0
Городской клинический центр кожных и венерических болезней		50	41	41	0
Всего	854900	200	82	82	0
По Республике	9220100	782	245	431	- 186

Как показывают данные таблицы 4.2, в Республиканском клиническом центре кожных и венерических болезней (РКЦКВБ) работают 24 врача, они обслуживают население всей республики, так как больные направляются из всех районов, городов и областей республики. В структуру РКЦКВБ входят стационарное и амбулаторное (ОМО, кожные, грибковые и венерические кабинеты) отделения. Стационар содержит 100 коек и состоит из кожного и грибкового отделений. В составе амбулатория имеются организационно-методическое отделение, кожные, грибковые и венерические кабинеты. В

настоящее время в РКЦКВБ работают 24 врача. Квалификационную категорию имеют 16 врачей, из них с высшей квалификационной категорией 12 (50%) врачей, первой – 1 (4,2%), второй – 3 (12,5%). Из общего числа врачей 66,7% имеют категорию. 1 (4,2%) врач не имеет категории и 6 (25%) врачей являются молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет. 7 врачей являются Отличниками здравоохранения Республики Таджикистан, 2 - имеют ученое звание кандидата медицинских наук. Категорийность среди 23 работающих средних медицинских работников составляет 52,2%. Из них высшая категория - у 8 (34,8%) медсестер, первая – у 1 (4,3%), вторая – у 3 (13,1%) и 1 (4,3%) из средних медицинских работников не имеет категории и 10 (43,5%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет. Работники РКЦКВБ постоянно повышают уровень знаний и проходят циклы УСО на базе ГОУ «ИПОСЗ РТ» и ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

РКЦКВБ обеспечен современным лабораторным оборудованием - люминесцентный микроскоп для проведения реакции прямой иммунофлюоресценции (ПИФ) и иммуноферментный анализатор (ИФА), и реактивами для постановки анализов. Современное оборудование для проведения ПЦР-диагностики ИППП. Эти реакции проводятся на базе кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и в частном медицинском центре «Диамед». В РКЦКВБ работают врачи лаборанты с высшими категориями.

На базе РКЦКВБ располагается кафедра дерматовенерологии медицинского факультета Таджикского национального университета (ТНУ). На ней работают 1 к.м.н., остальные ассистенты. На кафедре проходят обучение студенты медицинского факультета ТНУ.

В прошлом в состав ГКЦКВБ входили поликлиническая часть и венерологическое отделение на 100 коек. ГКЦКВБ обслуживал жителей 4 районов (Октябрьский, Фрунзенский, Центральный и Железнодорожный) г. Душанбе, а также ряда близлежащих к столице районов.

Одной из важных задач реформирования системы здравоохранения является сокращение койко-мест в стационарных учреждениях и увеличение обслуживания больных в амбулаторных учреждениях, что позволит уменьшить нагрузку на стационарное отделение, поэтому в ГКЦКВБ г. Душанбе, согласно утвержденному в 2008 году приказу Минздрава РТ, количество коек было сокращено на 50%. В настоящее время коечный фонд стационара составляет 50 коек.

В структуре ГКЦКВБ г. Душанбе имеются 5 амбулаторных отделений (приёмное отделение для взрослых, для детей, приёмное отделение инфекционных кожных заболеваний и приемное отделение венерических болезней) и 2 стационарных отделения (взрослое кожное отделение и детское кожное отделение). Кроме этого, имеется лаборатория, состоящая из клинического и серологического отделений, физиотерапевтический кабинет, в котором одновременно можно провести косметологическое лечение и криотерапию. В настоящее время в ГКЦКВБ г. Душанбе работают 41 врач, из них с высшей квалификационной категорией - 29 врачей (70,7%), первой категорией – 6 (14,6%), второй категорией – 2 (4,9%), в общем числе категорийность врачей составляет 90,2%. 4 (9,8%) врача являются молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет. Из общего числа врачей у 2 имеется ученое звание кандидата медицинских наук и у 6 - Отличник здравоохранения Республики Таджикистан. Категорийность среди 47 работающих средних медицинских работников составляет 70,2%: высшая категория - у 17 (36,2%) медсестер, первая – у 5 (10,6%), вторая – у 11 (23,4%). 4 (8,5%) средних медицинских работника не имеют категорию и 10 (24,4%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет. Работники ГКЦКВБ г. Душанбе постоянно повышают уровень знаний и проходят циклы УСО на базах ГОУ «ИПОСЗ РТ» и ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Следует отметить, что в последние годы отмечается улучшение в сфере здравоохранения, в том числе и в службе дерматовенерологической помощи. Год за годом увеличивается заработная плата медицинских работников,

обеспеченность лекарственными препаратами и питанием больных. Финансирование Центра по сравнению с 2000 годом выросло в 55 раз. Только за последние 5 лет бюджетное финансирование увеличилось с 1 300 000 до 3 089 620 сомони. Кроме этого, во всех отделениях проведен капитальный ремонт за счет бюджета и средств Хукумата г. Душанбе. ГКЦКВБ обеспечен современным лабораторным оборудованием (люминесцентный микроскоп для проведения реакции прямой иммунофлюоресценции и ИФА) и реактивами для постановки анализов, оснащен новым оборудованием для лечения кожных болезней (аппараты для косметологических процедур, ПУВА-терапии, д-Арсонваль, токи Бернара и др.). Для современной диагностики ИППП полимеразной цепной реакции (ПЦР) не имеется. Эти реакции проводятся на базе кафедры микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и частного медицинского центра «Диамед». В ГКЦКВБ работает врач лаборант с высшей квалификационной категорией.

На базе ГКЦКВБ с 2010 года располагается кафедра дерматовенерологии ГОУ «ИПОСЗ РТ», в которой в 2015 году открылся курс косметологии. В настоящее время на кафедре дерматовенерологии с курсом косметологии работают 1 д.м.н., 5 к.м.н. и 2 не остепенённых ассистента. На кафедре проходят последипломное образование врачи дерматовенерологи, косметологи и работники среднего медицинского звена республики. На кафедре проводится научно-исследовательская работа, которая позволила подготовить 1 доктора и 11 кандидатов медицинских наук. Кроме этого, сотрудники кафедры занимаются также лечебной работой, оказывая врачебную помощь больным разными кожными и венерическими заболеваниями. Сотрудники кафедры выпустили множество учебно-методических пособий, методических рекомендаций, протоколов и учебников.

Население г. Душанбе обслуживает также Городская клиническая больница кожных болезней (ГКБКБ), которая образовалась в 2007 году вместо бывшего кожного отделения ГKB №1. ГКБКБ располагается в новом 5-этажном здании, построенном специально для дерматовенерологической службы г.

Душанбе. В своем составе ГКБКБ имеет амбулаторное и стационарное отделения (на 50 коек), лабораторное и физиотерапевтическое отделения, которые обеспечены современным оборудованием и реактивами. В настоящее время в ГКБКБ г. Душанбе работают 17 врачей, из них с высшей квалификационной категорией 5 врачей (29,4%), первой категорией – 1 (5,9%), второй категорией – 4 (23,5%). 7 (41,2%) врачей, являясь молодыми специалистами со стажем работы до 5 лет, не имеют категорию. В общем числе категорийность врачей составляет 58,8%. Из общего числа врачей 3 имеют ученое звание кандидата медицинских наук, 3 врача и 2 медсестры являются Отличниками здравоохранения Республики Таджикистан. Категорийность среди 18 работающих средних медицинских работников составляет 61%. Высшую категорию имеют 8 (44,4%) медсестер, первую – 1 (5,5%), вторую – 2 (11,1%). 7 медсестер не имеют категории, так как являются молодыми специалистами. Работники ГКБКБ г. Душанбе постоянно повышают уровень знаний и проходят циклы УСО на базе ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино.

В ГКБКБ имеется современное лабораторное оборудование: иммуноферментный анализатор (ИФА) и люминесцентный микроскоп для проведения реакции прямой иммунофлюоресценции (ПИФ), обеспеченные реактивами. Однако, для достоверной диагностики ИППП нет полимеразной цепной реакции (ПЦР). Следует отметить, что ПЦР-диагностика проводится на кафедре микробиологии, иммунологии и вирусологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и в частном медицинском центре «Диамед». В ГКБКБ работает врач лаборант с высшей категорией.

На базе ГКБКБ располагается кафедра дерматовенерологии ГОУ Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибни Сино. На кафедре работают 1 член корр. НАН РТ, 2 доктора медицинских наук, 8 доцентов, 2 старших преподавателя и 2 ассистента. На кафедре проходят обучение студенты ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино, повышают квалификацию врачи дерматовенерологи со всей республики.

Следует отметить, что сотрудники кафедры занимаются также лечебной работой, проводя обследование и лечение больных разными кожными и сексуальными заболеваниями. Кроме этого, сотрудники кафедры проводят научно-исследовательскую работу. За прошедшие годы ими подготовлены свыше 25 кандидатов и 10 докторов медицинских наук. Сотрудниками кафедры было выпущено множество методичек, монографии, протоколы и учебники.

Все врачи дерматовенерологи республики выполняют лечебную работу на основе выпущенных протоколов ведения больных ИППП и дерматозами, изданных учеными кафедры дерматовенерологии ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино и кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ГОУ «ИПОСЗ РТ». Эти протоколы разрабатывались на основании европейских, американских и других международных протоколов, приспособленных к условиям республики.

Категорийность врачей дерматовенерологов и среднего медицинского персонала, работающих в учреждениях дерматовенерологической службы г. Душанбе, приведена в таблице 4.3.

Таблица 4.3. - Категорийность врачей дерматовенерологов ЛПУ г. Душанбе в настоящее время

Название учреждения	Врачи в (%)				Медсестры в (%)			
	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.
Республиканский клинический центр кожных и венерических болезней	12	1	3	7/1	8	1	3	10/1
	50,0	4,2	12,5	33,3	34,8	4,3	13,1	47,8
Городская клиническая больница кожных заболеваний	5	1	4	7/0	8	1	2	7/0
	58,8	5,9	23,5	41,2	44,4	5,5	11,1	38,9

Продолжение таблицы 4.3

Городской клинический центр кожных и венерических болезней	29 70,7	6 14,6	2 4,9	4/0 9,8	17 36,2	5 10,6	11 23,4	10/4 29,8
Всего 82 / 91	46 56,1	8 9,8	9 10,9	19 23,2	33 36,3	7 7,7	16 17,5	35 38,5

Таким образом, категорийность врачей дерматовенерологов в кожно-венерологических учреждениях г. Душанбе, без учета молодых специалистов, составляет 99%, среди работников среднего медицинского персонала - 94,5%.

Следует отметить, что укомплектованность дерматовенерологических учреждений г. Душанбе медицинскими кадрами (врачи, средние медицинские работники) составляет 100%, тогда как в республике в настоящее время трудятся 245 врачей дерматовенерологов, что составляет 56,9% от требуемого по штату.

Функционирующие службы дерматовенерологической помощи г. Душанбе работают в режиме, утвержденном МЗ и СЗН РТ.

Таким образом, исследования показали, что служба дерматовенерологической помощи г. Душанбе полностью укомплектована медицинскими кадрами, однако специализированное обслуживание населения города налажено в недостаточной степени – отсутствуют современные лабораторные способы диагностики ИППП и заразных кожных болезней (ПЦР аппараты).

Недостатками дерматовенерологической службы г. Душанбе является слабая координация действий со смежными медицинскими службами (урологической, гинекологической и первичной медико-санитарной помощи) и частными медицинскими центрами, лабораторное подразделение недостаточно оснащено современными диагностическими аппаратами.

4.1.2. Состояние службы дерматовенерологической помощи Хатлонской области и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях

Служба дерматовенерологической помощи Хатлонской области, как составная часть сектора здравоохранения региона, представлена 26 учреждениями медицинской помощи, из них 2 Региональных центра кожных и венерических болезней (в г. Кулябе и г. Бохтаре) и 11 кожно-венерических центров (КВЦ) и 13 кожвенкабинетов, расположенных в административных районных центрах Хатлонской области.

Таблица 4.4. Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи в Кулябском регионе Хатлонской области

Наименование региона	Название учреждения	Год	Население	Число врачей	Норма
г. Куляб	ОЦКВБ, 65 коек.	1930	105900	8	5
Восе	ЦКВБ, 12 коек.	1949	214100	2	10
Фархар	ЦКВБ, 15 коек.	1961	169100	3	8
Хамадони	ЦКВБ, 15 коек.	1963	147100	2	7
Темурмалик	Кожвенкабинет при ЦРБ	1975	69300	1	3
Муминабад	Кожные отделения при ЦРБ, 15 коек.	1976	93600	1	4
Дангара	Кожные отделение при ЦРБ, 5 коек.	1978	158700	1	7
Хавалинг	Кожвенкабинет при ЦРБ	1988	57400		2
Балджуван	Кожвенкабинет при ЦРБ	1990	30000		1
р. Куляб	Кожвенкабинет при ЦРБ	1992	107200	1	5
Ш. Шохин	Кожвенкабинет при ЦРБ	1993	55000	1	2
г. Нурек	Кожвенкабинет при ЦРБ	1979	61000	3	3
Всего	4 КВД, 4 стационара		1268400 (3311600)	23 (59)	57 (149)

Как видно из таблицы 4.4, в Кулябском регионе первый кожно-венерологический кабинет был организован в 1930 году в городе Кулябе, в дальнейшем он был преобразован в городской, а затем в областной кожно-венерологический диспансер. В последующем кожно-венерологические

учреждения были открыты в 1949 году в Восейском районе, затем в 1961 году - в Фархарский районе, в 1963 г. - в районе Мир Сайид Али Хамадони, в 1975 г. - в Темурмаликском районе, в 1976 г. - в Муминабадском районе, в 1978 г. - в Дангаринском и Хавалингском районах, в 1979 г. - в городе Нурек, в 1990 г. - в Балджуванском районе, в 1992 г. - в Кулябском районе и в 1993 г. - в районе Ш. Шохина (таблица 4.5)

Таблица 4.5. Расположение дерматовенерологических центров в Кулябском регионе Хатлонской области в настоящее время

Название учреждения	Население	Кол-во коек	Кол-во врачей	Норма	Δ
г. Куляб (РЦКВБ)	105900	65	8	5	+ 3
Восе (ЦКВБ)	214100	12	2	10	- 8
Фархар (ЦКВБ)	169100	15	3	8	- 5
Хамадони	147100	10	2	7	- 5
Темурмалик	69300		1	3	- 2
Муминабад	93600	20	1	4	- 3
Дангара	158700	5	1	7	- 6
Ховалинг	57400			2	- 2
Балджуван	30000			1	- 1
Куляб	107200		1	5	- 4
Ш. Шохин	55000		1	2	- 1
г. Нурек	61000		3	3	0
Всего	1268400	127	23	57	- 34
Всего по области	3311600		59	149	- 90

Как видно из таблицы 4.5, во всех 12 городах и районах Кулябского региона имеются кожно-венерологические учреждения: 3 центра кожных и венерических болезней (в г. Кулябе, в Восейском и Фархарском районах), 3

кожных отделения и 6 кабинетов при ЦРБ). Обеспеченность врачами дерматовенерологами в ЦКВБ г. Куляба и г. Нурек составляет 100%, в Восейском, Фархарском, Мир Сайид Али Хамадони, Темурмаликском, Муминабадском, Дангаринском, Кулябском и Ш. Шохинском районах отмечается нехватка специалистов дерматовенерологов, а в Ховалинском и Балджуванском районах врачи дерматовенерологи отсутствуют. В настоящее время в Кулябской зоне Хатлонской области трудятся 23 врача дерматовенеролога вместо необходимых 57. Обеспеченность врачами дерматовенерологами региона составляет 41% от требуемого по штату. Неукомплектованность врачами большинства районов региона не позволяет оказывать полную специализированную дерматовенерологическую помощь населению, а в некоторых районах (Ховалинском и Балджуванском) – она полностью отсутствует.

Во всех дерматовенерологических учреждениях Кулябской зоны, кроме города Куляба, отсутствует лабораторная служба. Имеющаяся в региональном ЦКВБ г. Куляба лаборатория укомплектована только на 40%. Отсутствует оборудование для постановки ПИФ, ИФА и ПЦР, которые в настоящее время применяются для диагностики ИППП. Необходимые анализы проводятся в филиале частного медицинского центра «Диамед», который располагается в г. Кулябе.

Квалификационная категория медицинских работников (врачи и средний медицинский персонал) дерматовенерологических учреждений Кулябского региона Хатлонской области в настоящее время представлена в таблице 4.6.

Таблица 4.6. Категорийность медицинских работников дерматовенерологических ЛПУ Кулябского региона в настоящее время

Название учреждения	Количество врачей (в%)				Количество медсестр (в%)			
	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.
г. Куляб (РЦКВБ)	7	1			5	3	1	1/1
Восе (ЦКВБ)			1	0/1	3	1	1	
Фархар (ЦКВБ)	1	1		0/1	4	1	1	1/1
Хамадони	1		1		2	1		
Темурмалик	1							
Муминабад	1				1	1		
Дангара	1				1		1	
Ховалинг	0							
Балджуван	0							
Куляб	1							
Ш. Шохин				1/0				
г. Нурек	1		1	0/1	1			
Всего 23 / 32	14 60,9	2 8,7	3 13,0	1/3 17,4	17 53,1	7 21,9	4 12,5	2/2 12,5

Как показывают данные таблицы 4.6, категорийность врачей дерматовенерологов в кожно-венерологических учреждениях районов Кулябской зоны Хатлонской области составляет 82,6%, среди работников среднего медицинского персонала - 87,5%, без учета молодых специалистов.

Функционирующие службы дерматовенерологической помощи в Кулябской зоне Хатлонской области работают в утвержденном режиме, но из-за нехватки специалистов и лабораторной службы не выполняют квалифицированную и своевременную помощь населению региона.

Таким образом, результаты исследования показали, что служба дерматовенерологической помощи Кулябской зоны Хатлонской области не отвечает требованиям, необходимым для обслуживания населения. Отмечается неуккомплектованность, а местами отсутствие врачебных и лабораторных

кадров, нет современных диагностических аппаратов. Кроме этого, недостатками дерматовенерологической службы является слабая координация действий с другими специалистами (урологи, гинекологи и семейные врачи) и частными медицинскими центрами.

Нами установлено, что в Бохтарском регионе Хатлонской области функционируют специализированные учреждения службы дерматовенерологической помощи, которые представлены в таблице 4.7.

Таблица 4.7. Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи в Бохтарском регионе Хатлонской области

Наименование региона	Название учреждения	Год	Население	Число врачей	Норма
г. Бохтар	Первый медпункт ОЦКВБ	1927 1958	111300	7	5
Пяндж	Кожвенкаб. при ЦРБ	1968	118200	1	5
Шаартуз	Кожвенкаб. при ЦРБ	1965	128500	2	6
Дусти	ЦКВБ	1978	115100	2	5
А. Джами	Кожвенкаб. при ЦРБ	1979	173700	3	8
Хуросон	Кожвенкаб. при ЦРБ	1979	115100	3	5
р. Кушониён	ЦКВБ	1969	243200	3	11
Вахш	ЦКВБ, 15 коек.	1968	197000	1	9
Яван	Кожвенкаб. при ЦРБ	1969	231500	5	10
Джайхун	Кожвенкаб. при ЦРБ	1973	137400	2	6
Кубодиён	ЦКВБ	1975	185700	3	8
г. Левакант	Кожвенкаб. при ЦРБ	1987	47900	1	2
Дж. Балхи	ЦКВБ, 15 коек.	1987	198900	3	9
Н. Хусрав	Кожвенкаб. при ЦРБ	1993	38800		2
Всего	6 ЦКВБ, 6 стационаров		2043200 (3311600)	36 (59)	91 (149)

Как видно из таблицы 4.7, в Бохтарском регионе Хатлонской области дерматовенерологические учреждения начали функционировать с 1958 г., когда впервые в г. Бохтаре (называвшийся в то время г. Курган-Тюбе) начала работать кожно-венерологическая больница, которая в последующем была преобразована в городской, затем в областной кожно-венерологический

диспансер (ОКВД). В настоящее время название ОКВД заменено на Хатлонский областной центр кожных и венерических болезней. В большинстве районов Бохтарского региона дерматовенерологические учреждения (КВК, КВО, КВД) открылись в 60-70-е годы, и в настоящее время они есть во всех районах. После Хатлонского ОЦКВБ, в Бохтарском регионе были открыты кожно-венерические кабинеты в 1965 г. в Шаартузском районе, в 1968 г. - в Пянджском и Вахшском районах, в 1969 г. - в Яванском и Кушониенском районах, в 1973 г. - в Джайхунском, в 1975 г. - в Кабадианском районах, в 1978 - в районе Дусти, 1979 г. – в районе Джами и Хуросонском районе, в 1987 г. - в Леваканде и Дж. Балхи и в 1993 г. – в Носир Хусравском районе. Большинство из них с начала 2000 годов стали называться центрами кожно-венерических болезней (ЦКВБ). В настоящее время в Бохтарском регионе функционируют 1 ОЦКВБ, 6 ЦКВБ и 7 кожвенкабинетов, что отражено в таблице 4.8.

Таблица 4.8. Расположение дерматовенерологических центров в Бохтарском регионе Хатлонской области в настоящее время

Название учреждения	Население	Кол-во коек	Кол-во врачей	Норма	Δ
г. Бохтар (ОЦКВБ)	111300	60	7	5	+ 2
Пяндж (КВК)	118200		1	5	- 4
Шаартуз	128500		3	6	- 3
Дусти (ЦКВБ)	115100	10	1	5	- 4
А. Джами	173700		3	8	- 5
Хуросон	115100		1	5	- 2
Кушониён (ЦКВБ)	243200		1	11	- 10
Вахш (ЦКВБ)	197000	15	1	9	- 8
Яван (ЦКВБ)	231500	15	4	10	- 6
Джайхун	137400		2	6	- 4
Кабодиян (ЦКВБ)	185700		3	8	- 5
г. Леваканд	47900		1	2	- 1

Продолжение таблицы 4.8

Дж. Балхи (ЦКВБ)	198900	15	2	9	- 7
Н. Хусрав	38800			2	- 2
Всего	2043200	115	30	91	- 61
Всего по области	3311600		53	148	- 90

Из данных таблицы 4.8, кроме ОЦКВБ, во всех дерматовенерологических учреждениях Бохтарского региона Хатлонской области наблюдается нехватка специалистов дерматовенерологов, а в Н. Хусравском районе врача дерматовенеролога нет. В настоящее время в Бохтарском регионе работают всего 30 дерматовенерологов вместо необходимых 91. Обеспеченность региона врачами специалистами составляет 33%. Лабораторная служба, кроме областного центра г. Бохтара, нигде не работает. Нового оборудования для диагностики ИППП не имеется (ПИФ и ИФА), необходимые анализы проводятся в филиале частного медицинского центр «Диамед», который располагается в этом регионе.

Квалификационная категория медицинских работников Бохтарского региона представлена в таблице 4.9.

Таблица 4.9. Категорийность врачей-дерматовенерологов ЛПУ в Бохтарском регионе Хатлонской области в настоящее время

Название учреждения	Врачи (в %)				Медсестры (в %)			
	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.
г. Бохтар (ОЦКВБ)	6	1			5	3	2	1/1
Пяндж		1						
Шаартуз				3/0				
Дусти (ЦКВБ)		1			1	1	1	1
А. Джами		1		1/1				

Продолжение таблицы 4.9

Хуросон	0							
Кушониён (ЦКВБ)	1							
Вахш (ЦКВБ)			1		1	1	1	1/0
Яван (ЦКВБ)		1	3		3	2	2	1/1
Джайхун	1			1/0				
Кубодиён (ЦКВБ)	1	1	1					
г. Леваканд	1							
Дж. Балхи (ЦКВБ)		1		1/0	2	3	1	1/1
Н. Хусрав				1/0				
Всего 30 / 37	10	7	5	7/1	12	10	7	5/3
	33,3	23,3	16,7	26,7	32,4	27,1	18,9	21,6

Данные таблицы 4.9 показывают, что категорийность врачей дерматовенерологов в кожно-венерологических учреждениях районов Бохтарской зоны Хатлонской области, без учета молодых специалистов, составляет 74,4%, работников среднего медицинского персонала – 78,4%.

Функционирующие службы дерматовенерологической помощи в Бохтарской зоне Хатлонской области работают в утвержденном режиме, но из-за нехватки специалистов, а также работников лабораторной службы и современного диагностического оборудования, не оказывают квалифицированной и своевременной помощи населению.

Таким образом, результаты исследования показали, что служба дерматовенерологической помощи Бохтарской зоны Хатлонской области, как и Кулябской зоны, не отвечает всем требованиям, необходимым для обслуживания населения,

По всей Хатлонской области работают 53 врача дерматовенеролога вместо 148 положенных по штату, обеспеченность региона врачебными кадрами составляет 35,8%. Квалификационную категорию имеют 41 (77,4%) врач, 4

(7,5%) врача не имеют категории и 8 (15,1%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 7 лет. 24 врача (45,3%) имеют высшую квалификационную категорию, 9 (17,0%) – первую и 8 (15,1%) – вторую. Категорийность среди работающих средних медицинских работников составляет 82,6%, не имеют категории 7,3% работников среднего медицинского звена, а 10,1% являются молодыми специалистами со стажем работы до 7 лет.

Работники службы дерматовенерологической помощи Хатлонской области постоянно повышают уровень знаний и проходят циклы УСО на базе ГОУ «ИПОСЗ РТ» и ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 3 врача (2 из города Куляба и 1 из Пархарского района) награждены знаком «Отличник здравоохранения Республики Таджикистан».

В целом, во всех районах Хатлонской области функционируют кожвенкабинеты и кожвенцентры, однако во многих районах не хватает специалистов, ввиду отсутствия врачей лаборантов, лабораторного оборудования и реактивов, лабораторная служба практически не работает. За последние годы обращаемость жителей регионов за медицинской помощью снизилась, в некоторых районах - в 40-50 раз. Кроме этого, недостатками дерматовенерологической службы в Хатлонской области является слабая координация действий между дерматовенерологами и смежными специалистами (урологи, гинекологи и семейные врачи), а также частными медицинскими центрами.

Всевышеизложенное свидетельствует о низком уровне организации службы дерматовенерологической помощи населению области, укомплектованность медицинскими кадрами низкая, отсутствуют современные лабораторные способы диагностики ИППП и заразных кожных болезней (ПИФ, ИФА и ПЦР аппараты), что требует принятия мер организационно-структурного характера.

4.1.3. Состояние службы дерматовенерологической помощи Согдийской области и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях

Динамика организации службы дерматовенерологической помощи Согдийской области демонстрируется в таблице 4.10.

Таблица 4.10. Динамика образования учреждений службы дерматовенерологической помощи Согдийской области

Наименование региона	Название учреждения	Год	Население	Число врачей	Норма
г. Худжанд	Первый медиц. пункт	1927	182600	13	8
	Кож кабинет	1928			
	ОЦКВБ	1932			
Дж. Расулова	Кожвенкабинет при ЦРБ	1935	136500	2	6
Ашт	Кожвенкабинет при ЦРБ	1963	166500	1	7
г. Канибадам	ЦКВБ, 3 отд, 40 коек	1967	209700	2	9
г. Пенджикент	ЦКВБ, 3 отд, 60 коек	1967	299900	4	13
г. Истаравшан	ЦКВБ, 2 отд 40 коек	1967	270800	4	12
г. Бустон	Кожвенкабинет при ЦРБ	1969	36400	1	1
г. Гулистон		1969	48700		2
г. Исфара	ЦКВБ, 2 отд, 30 коек	1970	271800	7	12
Б. Гафурова	Кожвенкабинет при ЦРБ	1970	377400		17
Спитамен	Кожвенкабинет при ЦРБ	1972	140400	1	6
Мастчох	Кожкаб.при ЦРБ, 20коек	1977	126800	1	6
Зафаробод	Кожвенкабинет при ЦРБ	1979	75000		3
Айни	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984	82900	1	4
г. Истиклол		2010	17500		1
Шахристан	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984	43200	1	2
Деваштич	Кожвенкабинет при ЦРБ	1984	171600	1	8
Г. Мастчох		1984	25000		1
ВСЕГО	5 КВД, 5 стационаров		2633500	39	118

Нами установлено, что в Согдийской области (в союзные годы называлась Ленинабадская область) первый кожно-венерологический кабинет открылся в 1928 году в городе Ходженге, где работали врачи дерматовенерологи. Там же, в 1932 году был открыт кожно-венерический диспансер. В дальнейшем, кожвенкабинеты, кожвенотделения стали открываться в других городах и

районах области. Все действующие в настоящее время дерматовенерологические учреждения, кроме г. Истиклол, начали функционировать в разные годы Советского периода: в 1935 г. в Дж. Расуловском районе, в 1963 г. в Аштском районе, в 1967 г. в городах Пенджикенте, Канибадаме и Истаравшане, в 1969 г. - в г. Бустон и Гулистон, в 1970 г.- в г. Исфара и Б. Гафуровский районе, в 1972 г. - в Спитаменском районе, в 1977 г. - в Матчинском районе, в 1984 г. - в Айнинском, Шахристанском, Горно-Матчинском и Деваштишском районах. В г. Истиклол (ранее п.г.т. Табошары) кожвенкабинет был открыт с 2010 года. В настоящее время население Согдийской области, составляющее 2633500 человек, обслуживается разветвленной сетью службы дерматовенерологической помощи, которая состоит из 16 учреждений, в том числе 1 Областной центр кожных и венерических болезней (ОЦКВБ), 4 ЦКВБ с отделениями и 11 кожвенкабинетов при ЦРБ. В области развернуто 270 дерматологических коек.

На базе ОЦКВБ в 2004 году был открыт филиал кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии ИПОСЗ РТ. Это значительно облегчило процесс организации повышения квалификации врачей и работников среднего медицинского звена области путем проведения курсов их последипломного образования «на месте», ранее для этого они были вынуждены выезжать в г. Душанбе.

Структура ЛПУ дерматовенерологической службы Согдийской области приведена в таблице 4.11.

Таблица 4.11. – Структура учреждений дерматовенерологической службы Согдийской области в настоящее время

Название учреждения	Население	Кол-во коек	Кол-во врачей	Норма	Δ
г. Худжанд (ЦКВБ)	182600	75	13	8	+ 5
Дж. Расулова	136500		2	6	- 4
Ашт	166500		1	7	- 6
г. Канибадам (ЦКВБ)	209700	40	2	9	- 7
г. Пенджикент (ЦКВБ)	299900	60	4	13	- 9
г. Истаравшан (ЦКВБ)	270800	40	4	12	- 8

Продолжение таблицы 4.11

г. Бустон	36400		1	1	0
г. Гулистон	48700		1	2	-1
г. Исфара (ЦКВБ)	271800	30	7	12	-5
Б. Гафурова	377400		4	17	-13
Спитамен	140400		1	6	-5
Мастчоҳ	126800	20	1	6	-5
Зафаробод	75000		1	3	-2
Айни	82900	5	1	4	-3
г. Истиклол	17500			1	-1
Шахристан	43200		1	2	-1
Деваштич	171600		1	8	-7
Г. Мастчоҳ	25000			1	-1
Всего	2633500	270	45	118	-73

Как показывают данные таблицы 4.11, согласно существующим штатным нормативам, укомплектованность службы специалистами (врачами дерматовенерологами, врачами лаборантами) составляет 38% (вместо требуемых 118 врачей работают только 45). Только в 4 населенных пунктах (2 в г. Худжанде, по 1 – в г. Пенджикенте, г. Канибадаме и Истаравшане) работают врачи лаборанты. В последние годы на работу поступили 5 врачей, стаж работы до 3 лет. 40 врачей имеют стаж работы более 5 лет. 34 (75,5%) врача дерматовенеролога имеют квалификационные категории по специальности. Категорийность врачей приведена в таблице 4.12.

Таблица 4.12. Категорийность врачей дерматовенерологов ЛПУ Согдийской области в настоящее время

Название учреждения	Врачи в (%)				Медсестры в (%)			
	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.
г. Худжанд (ОЦКВБ)	11	1		3/0	5	5	13	5/4
Дж. Расулова	1			1/0	1			
Ашт	1				1			
г. Канибадам (ЦКВБ)	4			1/0	3	1	2	6/0

Продолжение таблицы 4.12

г. Пенджикент (ЦКВБ)		2	1	1/0	7	6	1	7/0
г. Истаравшан (ЦКВБ)	1	1	1	1/0	3	2	2	1/0
г. Бустон				1/0				1/0
г. Гулистон					1			
г. Исфара (ЦКВБ)	1			2/1	3	2	2	1/0
Б. Гафурова	1				1			0/1
Спитамен	2							1/0
Мастчоҳ	2				2	2		2/0
Зафаробод	1					1		
Айни	1				1			
г. Истиклол								
Шахристан		1			1			
Деваштич	1							1/0
г. Мастчоҳ								
45 - 98	27	5	2	10/1	29	19	20	25/5
Всего	60,0	11,1	4,4	24,5	29,6	19,4	20,4	30,6

В Согдийской области (таблица 4.12) высшую квалификационную категорию врача дерматовенеролога имеют 27 (60,0%) человек, первую – 5 (11,1%), вторую – 2 (4,4%).

Среди 98 средних медицинских работников, трудящихся в кожно-венерологических учреждениях Согдийской области, категорию по специальности имеют 68 (69,4%). Высшую категорию имеют 29 (29,6%) медсестер, первую – 19 (19,4%), вторую – 20 (20,4%). Из 3 работающих в ОЦКВБ врачей лаборантов 1 (33,3%) имеет высшую категорию, у 2 – категории нет. В сравнении с другими регионами республики, в Согдийской области, несмотря на нехватку в некоторых районах специалистов, работа в этом направлении ежегодно улучшается, хорошо налажена работа в единственной лаборатории при ОЦКВБ, где проводится диагностика ИППП и кожных болезней современными методами (ПИФ, ИФА, РПГА, бактериологическое исследование).

В Согдийской области, как и других областях республики, имеется

дефицит кадров, однако в Согдийской области обеспеченность с кадрами находится в более хорошем состоянии. Согдийский ОЦКВБ находится в современном здании, которое было достроено в первые годы независимости, имеет хорошую лабораторию с некоторым современным оборудованием. В большинстве дерматовенерологических учреждений Согдийской области не хватает врачей дерматовенерологов, а также врачей лаборантов и лаборантов среднего звена.

Таким образом, анализируя состояние службы дерматовенерологической помощи Согдийской области, мы установили, что в городах и районах региона показатели работы службы неоднозначны, укомплектованность врачами дерматовенерологами низкая (кроме г. Худжанда), а в некоторых районах отсутствует, что свидетельствует о недополучении населением этих районов своевременной специализированной помощи. Также установлено, что обеспеченность врачами лаборантами не соответствует нормативным требованиям, имеющееся медоборудование устарело, отсутствуют современные лабораторные способы диагностики ИППП и заразных кожных болезней (ПЦР аппараты), что требует принятия соответствующих мер для обеспечения лабораторий современным диагностическим оборудованием и реактивами.

Кроме этого, недостатками дерматовенерологической службы в Согдийской области является слабая координация действий со смежными специалистами (урологи, гинекологи и семейные врачи) и частными медицинскими центрами.

4.1.4. Состояние службы дерматовенерологической помощи Горно–Бадахшанской автономной области и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях

По архивным данным, нами установлено, что развитие дерматовенерологической помощи в ГБАО началось с 30-х годов прошлого века, что представлено в таблице 4.13.

Таблица 4.13. Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи ГБАО

Наименование региона	Название учреждения	Год	Население	Число врачей	Норма
г. Хорог	Кожвенкабинет Кожная палата ОЦКВБ	1938 1955 1966	30400	4	1
Ванч	Кожвенкабинет при ЦРБ		34300	1	1,5
Ишкашим			32800		1,5
Дарвоз	Кожвенкабинет при ЦРБ		23900	1	1
Мургаб			15700		1
Роошткала			27300		1,3
Рушон			25700		1
Шугнон			37800		1,7
Всего	1 КВД, 1 стационар		227900	6	10

В состав Горно–Бадахшанской автономной области (ГБАО) входят город Хорог и 7 районов. Нами установлено, что служба дерматовенерологической помощи ГБАО имеет свое начало в 1938 году, когда на базе Областной поликлиники города Хорога, в 1938 г., впервые был открыт кожно-венерологический кабинет. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт Областной кожно-венерологический диспансер (ОКВД). В дальнейшем по всей области были открыты кожные кабинеты, но, в связи с отсутствием специалистов, их пришлось закрыть. В последние годы население ГБАО обслуживается, в основном, на базе областного центра кожных и венерических болезней (ОЦКВБ) г. Хорога, который в начале 2000-х годов переименовали в ОКВД, при центре создана лаборатория. В настоящее время ОЦКВБ располагается в новом двухэтажном благоустроенном здании, которое было специально построено для этих целей в первые годы после провозглашения независимости Республики Таджикистан. Кроме этого, в настоящее время функционируют коженкабинеты в Дарвазском и Ванчском

районах. Структура дерматовенерологической службы ГБАО отражена в таблице 4.14.

Таблица 4.14. Расположение дерматовенерологических центров в ГБАО в настоящее время

Название учреждения	Население	Кол-во коек	Кол-во врачей	Норма	Δ
г. Хорог (ОЦКВБ)	30400	30	4	1	+ 3
Ванч (кабинет)	34300		1	1,5	- 0,5
Ишкашим	32800			1,5	- 1,5
Дарвоз (кабинет)	23900		1	1	0
Мургаб	15700			1	- 1
Рошткала	27300			1,3	- 1,3
Рушон	25700			1	- 1
Шугнон	37800			1,7	- 1,7
Всего	227900	30	6	10	- 4

Таким образом, обеспеченность по кадрам врачей дерматовенерологов в ГБАО составляет 60% (работают 6 дерматовенерологов вместо 10 по штату), тем не менее, ситуация в ГБАО является критической, так как в 5 из 8 районов ГБАО отсутствуют специалисты, во всех районах отсутствуют специальные лаборатории и врачи лаборанты. Нового оборудования ПИФ, ИФА и ПЦР для диагностики ИППП не имеется, необходимых анализов в этом регионе не проводится. В связи с этим, жители региона не получают высококвалифицированную помощь, для полного обследования обращаются в столицу республики г. Душанбе.

Категорийность медицинских работников дерматовенерологической службы ГБАО в настоящее время приведена в таблице 4.15.

Таблица 4.15. Категорийность медицинских работников дерматовенерологической службы ГБАО в настоящее время

Название учреждения	Врачи (%)				Медсестры (%)			
	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.
г. Хорог (ОЦКВБ)	4				13	1	1	0/4
Ванч (кабинет)			1					
Ишкашим								
Дарвоз (кабинет)		1						
Мургаб								
Рошткала								
Рушон								
Шугнон								
Всего 6 / 19	4 66,6	1 16,7	1 16,7		13 68,4	1 5,3	1 5,3	0/4 21,0

Как видно (таблица 4.15), в ГБАО из 6 работающих дерматовенерологов 4 (66,6%) имеют высшую квалификационную категорию, первую – 1 (16,7%), вторую – также 1 (16,7%). В общем, 100% врачей имеют категорию. Категорийность среди работающих средних медицинских работников составляет 79%. Высшую категорию имеют 13 (68,4%) медсестер, первую – 1 (5,3%), вторую – 1 (5,3%) и 4 (21%) не имеют категорию. Сотрудники дерматовенерологической службы ГБАО повышают уровень знаний и проходят циклы УСО на базе ГОУ «Институт последипломного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан».

В ГБАО отмечается дефицит специалистов дерматовенерологов. Только в г. Хороге, Вандже и Дарвазском районах имеются врачи дерматовенерологи. При Областном центре кожных и венерических болезней (ОЦКВБ) г. Хорога создана лаборатория, но она не имеет современного оборудования для выполнения инновационных методов лабораторных исследований.

Таким образом, для развития службы дерматовенерологической помощи ГБАО требуется разработка проектов по обеспечению дерматовенерологами и

специалистами лабораторных служб с учетом климатогеографических особенностей региона. Анализируя состояние службы дерматовенерологической помощи ГБАО, мы установили, что в городах и районах региона показатели работы службы низкие, укомплектованность врачами дерматовенерологами низкая, обеспеченность врачами лаборантами не соответствует нормативным требованиям, медоборудование устарело, отсутствуют современные лабораторные способы диагностики ИППП и заразных кожных болезней (ПЦР аппараты). Для устранения выявленных недостатков необходимо принятие соответствующих мер, в том числе по организации лабораторий с современным диагностическим оборудованием и реактивами.

Кроме этого, недостатками дерматовенерологической службы в ГБАО является слабая координация действий с другими специалистами (семейной медицины, акушерско-гинекологической и урологической) и частными медицинскими центрами.

4.1.5. Состояние службы дерматовенерологической помощи районов республиканского подчинения (РРП) и перспективы её развития в новых социально-экономических условиях

Ситуация развития дерматовенерологической помощи в районах республиканского подчинения (РРП) приведена в таблице 4.16.

Таблица 4.16. Динамика образования кабинетов, отделений и диспансеров службы дерматовенерологической помощи РРП

Наименование региона	Название учреждения	Год	Население	Число врачей	Норма
Рашт	Первый медпункт ЦКВБ стал кабинетом	1929 1960	126400	3	6
Файзабад	Кожвенкабинет	1970	105500	1	5
г. Вахдат	ЦКВБ стал кабинетом	1949	339800	3	15
Нурабад	Кожвенкабинет при ЦРБ	1940	81100	1	3
г. Турсунзаде	ЦКВБ	1948	295700	5	13
Таджикабад	Кожвенкабинет при ЦРБ	1958	45500		2

Продолжение таблицы 4.16

Варзоб	Кожвенкабинет при ЦРБ	1990	81400		4
Рудаки	ЦКВБ стал кабинетом	1968	511200	3	23
г. Гиссар	ЦКВБ		304900	4	14
Шахринав	ЦКВБ		123800	1	5
г. Рогун			43900		2
Ляхш			65700	1	3
Сангвор			23100		1
Всего	3 ЦКВБ, 2 стационара		2143000	22	96

В состав районов республиканского подчинения (РРП) входят 13 районов. Нами установлено, что в РРП кожно-венерологические учреждения открывались в разные годы советского периода. В 40-е годы открылись 3 подразделения: первым в 1940 году - кожно-венерологический кабинет в Нурабадском районе (в советское время назывался Комсомолабадский район), затем в 1948 г. - кожно-венерологическая больница в городе Турсунзаде на 10 коек, в 1949 году – кожное отделение в городе Вахдате (Орджоникидзабад) на 10 коек, которое впоследствии было закрыто. В 50-е годы организовались: в Гиссарском районе в 1955 г. - кожное отделение на 10 коек, в 1958 г. – кожно-венерологический кабинет при ЦРБ – в Таджикабаде. В 60-80-е годы - в остальных районах и городах были открыты кожные кабинеты на базе ЦРБ. В 90-е годы большинство дерматовенерологических учреждений переименованы в центры кожно-венерических болезней. Они продолжают функционировать в настоящее время. Структура дерматовенерологических учреждений в РРП приведена в таблице 4.17.

Таблица 4.17. Расположение дерматовенерологических центров в РРП в настоящее время

Название учреждения	Население	Кол-во коек	Кол-во врачей	Норма	Δ
Рашт	126400		3	6	+ 3
Файзабад	105500		1	5	- 4
г. Вахдат	339800		3	15	- 11
Нурабад	81100		1	3	- 2

Продолжение таблицы 4.17

г. Турсунзаде (ЦКВБ)	295700	20	5	13	- 8
Таджикабад	45500			2	- 2
Варзоб	81400			4	- 4
Рудаки	511200		3	23	- 20
г. Гиссар (ЦКВБ)	304900	20	4	14	- 10
Шахринав (ЦКВБ)	123800		1	5	- 4
г. Рогун	43900			2	- 2
Ляхш	65700		1	3	- 2
Сангвор	23100			1	- 1
Всего	2143000	40	22	96	- 74

Как показывают данные таблицы 4.17, во многих районах не хватает врачей специалистов, а в некоторых – они отсутствуют.

Анализ ситуации показывает, что в РРП состояние кожно-венерологической службы является неудовлетворительным: при необходимых по нормативным данным 96 врачах дерматовенерологах в наличии имеются только 22, что составляет лишь 23%, т.е. на 77% не хватает специалистов. Профильные лаборатории с лаборантами среднего звена, проводящие ограниченное количество несложных исследований, имеются в единичных районах (г. Турсунзаде, г. Гиссар). Нового оборудования ПИФ, ИФА и ПЦР для диагностики ИППП не имеется, необходимых анализов в этом регионе не проводится. Поэтому жители этого региона не получают высококвалифицированную помощь и, в основном, обращаются за ней в г. Душанбе.

Категорийность медицинского персонала приведена в таблице 4.18.

Таблица 4.18. Категорийность медицинских работников дерматовенерологической службы РРП в настоящее время

Название учреждения	Врачи (%)				Медсестры (%)			
	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.	Высшая	Первая	Вторая	Стаж до 7л / без катег.
Рашт	1	1	1		2		1	1/1
Файзабад	1							
г. Вахдат		1		1/1		1		1/0
Нурабад	1							
г. Турсунзаде (ЦКВБ)	1	1	1	1/1	2	2	2	2/1
Таджикабад								
Варзоб								
Рудаки	1			1/1	1			1/0
г. Гиссар (ЦКВБ)	1	1	1	1/0	3	2	1	2/1
Шахринав (ЦКВБ)	1							
г. Рогун								
Ляхш				1/0				
Сангвор								
Всего 22 – 27	7 31,8	4 18,2	3 13,6	5/3 36,4	8 29,6	5 18,5	4 14,8	7/3 37,1

Как показывают данные таблицы 4.18, в настоящее время в РРП работают 22 врача, из них с высшей квалификационной категорией - 7 врачей (31,8%), первой – 4 (18,2%), второй – 3 (13,6%), в общем 63,6% врачей имеют категорию. 3 (13,6%) врача не имеют категории и 5 (22,8%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 7 лет. Категорийность среди медперсонала среднего звена составляет 62,9%. Высшая категория имеется лишь у 8 (29,6%) работников, 5 (18,5%) работников имеют первую категорию и у 4 (14,8%) - имеется вторая категория. У 3 (11,2%) работников среднего звена нет категории и 7 (25,9%) являются молодыми специалистами со стажем работы до 7 лет.

Работники дерматовенерологической службы РРП повышают уровни знания и проходят циклы УСО на базе ГОУ «ИПОСЗ РТ» и ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино.

Таким образом, установлено, что, кроме г. Турсунзаде и г. Гиссара, в остальных районах РРП дерматовенерологические учреждения представлены кожвенкабинетами, входящими в состав ЦРБ. Развитие службы дерматовенерологической помощи РРП в последние годы остается без динамики: отмечается выраженный дефицит врачебных и лабораторных кадров, врачебный персонал состоит из людей, не имеющих квалификационную категорию, практически отсутствует специфическая лабораторная служба.

Кроме этого, недостатками дерматовенерологической службы в РРП является слабая координация действий с другими смежными специалистами (урологи, гинекологи и семейные врачи) и частными медицинскими центрами. Поэтому дерматовенерологическая служба РРП нуждается в коренном пересмотре.

4.1.6. Состояние службы дерматовенерологической помощи в ведомственных организациях Республики Таджикистан

На основании постановления Правительства РТ «Об утверждении устава железнодорожного транспорта РТ» №244 от 05.06.2002 в составе Государственного унитарного предприятия «Роҳи оҳани Тоҷикистон» функционирует врачебно-санитарная служба, которая состоит из амбулаторно-поликлинического подразделения и стационарной службы. В своем составе врача дерматовенеролога не имеет.

Медицинская служба международного аэропорта г. Душанбе представлена медико-санитарной частью, на которую возложена организация медицинской помощи, как сотрудникам аэропорта, так и пассажирам в аэропорту и по пути следования. В структуре аэропорта имеется поликлиника, которая обслуживает только сотрудников аэропорта. В залах ожидания и прилета организованы медпункт и комната для матери и ребенка. В составе медико-санитарной части имеется транспорт медицинской службы с круглосуточным режимом работы, предназначенный для перевозки больных и

пострадавших до и от трапа воздушных лайнеров без выезда за территорию аэропорта. Медико-санитарная часть не располагает службой дерматовенерологической помощи.

Согласно информационным данным Таможенной службы при Правительстве РТ, приведенным в 2019 году, в структуре этого ведомства отсутствует медицинская служба. Медицинское обслуживание существующего контингента осуществляется на основании договора, заключенного с медицинской службой Министерства внутренних дел Республики Таджикистан.

Медицинская служба Комитета по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороне при Правительстве Республики Таджикистан представлена Медицинским управлением и военным госпиталем, в структуру которого входит военный госпиталь (на 35 коек), кроме того 3 реанимационных и 7 медицинских пунктов. Медицинская служба Комитета по чрезвычайным ситуациям и гражданской обороне в своей структуре не располагает службой дерматовенерологической помощи.

Государственный Комитет безопасности, Министерство внутренних дел, Министерство обороны имеют медицинскую службу, состоящую из стационарного и амбулаторного отделений. В госпиталях этих служб имеется врач дерматовенеролог. В этих учреждениях обеспеченность специалистами находится в пределах 70-80%, кроме этого не имеется специфической лаборатории, поэтому они обращаются за лабораторной помощью в РКЦКВБ, ГКЦКВБ и ГKBKB г. Душанбе, а в других областях они не могут получить высококвалифицированную помощь. Поэтому необходимо организовать лаборатории с современным оборудованием и высококвалифицированными специалистами.

Необходимо отметить, что в силу специфичности работы медицинских служб некоторых силовых ведомств полученная информация минимальная и не подлежит глубокому анализу.

Согласно положению Правительства РТ, принятому 03.03.2014 (№148), на МЗ РТ возложена координация деятельности подведомственных учреждений независимо от их форм собственности и подчиненности.

Следует отметить, что при составлении стратегических документов не учтены вопросы реформирования данного сектора здравоохранения в части организации полноценной помощи.

Таким образом, анализируя состояние службы дерматовенерологической помощи подведомственных учреждений, мы установили, что в этих учреждениях укомплектованность врачами дерматовенерологами низкая, а в некоторых отсутствует, что свидетельствует о низком уровне своевременной специализированной помощи. Кроме этого, отсутствуют специфические лаборатории и врачи лаборанты.

Рекомендуется выделить штаты и обеспечить медицинские службы силовых структур специалистами дерматовенерологами, врачами лаборантами и организовать лаборатории с современным диагностическим оборудованием и реактивами, так как работники силовых структур относятся к группе риска.

Таким образом, на сегодняшний день население Республики Таджикистан, составляющее 9220100 человек, обслуживается разветвленной сетью службы дерматовенерологической помощи. На данный момент в республике работают 245 врачей дерматовенерологов, что составляет 56,9% от требуемого по штату, и развернуто 782 дерматологических койки.

Несмотря на нехватку специалистов по республике, кроме г. Душанбе, Куляб, Бохтар, Ходжент и Хорога, еще наблюдается нехватка врачей лаборантов, физиотерапевтов и лабораторий. Функционирующие службы дерматовенерологической помощи в республике работают в режиме, утвержденном МЗ и СЗН РТ.

Таким образом, результаты исследования показали, что особенностью системы управления службы дерматовенерологической помощи г. Душанбе является хорошо налаженное обслуживание населения города и республики.

Укомплектованность врачебных должностей и среднего медицинского персонала составляет 100%.

Недостатками дерматовенерологической службы г. Душанбе, областей и районов является слабая координация действий со смежными службами (семейная медицина, урологическая, акушерско-гинекологическая) и частными медицинскими центрами, лабораторное подразделение недостаточно оснащено современными диагностическими аппаратами.

Для развития службы дерматовенерологической помощи в областях и районах требуется разработка проектов по обеспечению дерматовенерологами и специалистами лабораторных служб с учетом климатогеографических особенностей региона. Анализируя состояние службы дерматовенерологической помощи областей и районов, мы установили, что в регионах показатели работы службы отрицательные, укомплектованность врачами дерматовенерологами низкая, обеспеченность врачами лаборантами не соответствует нормативным требованиям, медоборудование устарело и современное лабораторное оборудование отсутствует. Для устранения данных причин нужно принятие соответствующих мер, в первую очередь необходимо организовать лаборатории с современным диагностическим оборудованием и реактивами и усилить координацию действий между другими специалистами (урологи, гинекологи и семейные врачи) и частными медицинскими центрами.

Исходя из вышеизложенного, историю развития службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан условно можно разделить на следующие периоды (таблица 4.19).

Таблица 4.19. – Исторические периоды становления и развития службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан

Этап развития службы дерматовенерологической помощи	Период	Характеристика периода
Дореволюционный	1887-1925 гг.	Отсутствие службы дерматовенерологической помощи
Период зарождения и становления	1926-1940 гг.	Появление первых пунктов и развитие службы дерматовенерологической помощи

Продолжение таблицы 4.19

Организации самостоятельной службы дерматовенерологической помощи	1950-1970 гг.	Формирование службы дерматовенерологической помощи как самостоятельной системы
Организация обширной сети учреждений службы дерматовенерологической помощи	1970-1990 гг.	Бурное развитие службы – период расцвета специализированной помощи
Деструктуризация службы дерматовенерологической помощи	1992-1997 гг.	Функционирование локальной службы дерматовенерологической помощи
Новейшая история службы дерматовенерологической помощи	с 1998 года	Новый этап восстановления службы

Следовательно, становление и развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан условно можно разделить на следующие периоды: дореволюционный, характеризовавшийся отсутствием службы дерматовенерологической помощи (1887-1925 гг.), период становления (1926-1940 гг.), период формирования службы дерматовенерологической помощи как самостоятельной системы (1941-1970 гг.), период бурного развития службы – период расцвета специализированной помощи (1971-1990 гг.), период дезорганизации службы дерматовенерологической помощи в годы общественно-политической нестабильности (1992-1997 гг.) и период новейшей истории развития службы дерматовенерологической помощи (с 1998 года).

Таким образом, служба дерматовенерологической помощи Таджикистана в своем развитии прошла сложный исторический путь. На территории Бухарского Ханства отсутствовали лечебные и фармацевтические учреждения, а также медицинские и фармацевтические кадры. Перед началом Великой Отечественной войны республика уже имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений, в дальнейшем она сформировалась и развивалась как самостоятельная система, имела период расцвета. В 90-е годы отмечалась деструкция в деятельности службы дерматовенерологии страны. В настоящее время наблюдается восстановление службы.

4.2. Нормативно-правовая база, регулирующая деятельность службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан (достижения, недостатки)

В первые же годы независимости Республики Таджикистан в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в 90-е годы по ВИЧ/ИППП в 1997 году была утверждена «Стратегия РТ по охране здоровья населения до 2005 года», в том же году была также принята «Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД и БППП в РТ на 1997-1998 годы», а в 2000 году Постановлением № 516 Правительства РТ - новая программа, рассчитанная до 2007 года.

Следует отметить, что ни одно из медицинских направлений не имеет такого количества документов, изданных на правительственном уровне. Это свидетельствует, с одной стороны, о важности и актуальности проблемы ИППП/ВИЧ в Республике Таджикистан, а с другой – о большом внимании правительства к этой проблеме. Доказательством тому являются утвержденный Правительством РТ ряд документов. Например, в 2002 году была разработана «Стратегия РТ по охране здоровья населения в период до 2010 года», которая в последующем была изменена и продлена до 2020 года. Одной из основных задач в данных стратегиях для "Достижения лучшего здоровья" является сокращение распространенности инфекционных болезней, в которой должно быть обеспечено последовательное и непрерывное уменьшение распространенности болезней, передаваемых половым путем (БППП). Особое внимание будет уделено профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП.

Министерством здравоохранения Республики Таджикистан для реализации постановлений Правительства РТ 14.03.03 приказом №97 утверждены инструкции «Об амбулаторном обследовании и терапии пациентов сБППП», «О синдромном подходе к ведению пациентов с БППП», «Положение о первичной профилактике пациентов с БППП в лечебно-профилактических учреждениях» и «Временная инструкция по учету больных с синдромным диагнозом поражений урогенитальной сферы», которые уже к концу 2003 года

при финансовой поддержке Фонда населения ООН были изданы в достаточном количестве. Эти документы в виде отдельной, хорошо оформленной инструкции при финансовой поддержке Глобального фонда были переизданы в 2005 г. В приказе указано о внедрении синдромного метода ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, в районах, где нет дерматологов и лабораторий по их диагностике, в первую очередь, в медицинских учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Служба дерматовенерологической помощи в своей деятельности руководствуется соответствующими приказами Минздрава РТ. В номенклатуре и перечне должностей для работников системы здравоохранения, которые были изданы в 2008 и 2017 гг., была включена должность дерматовенеролога.

Нормативно–правовая база службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до сих пор основывается на действующих на территории РТ приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами МЗ СССР. Это было обусловлено тем, что в Республике Таджикистан был принят закон, утвержденный Президентом от 26.03.2009 года № 506, где в пункте 2 статьи 7 предписано, что все действовавшие в союзные времена законы и иные нормативно-правовые акты, которые не противоречат принятому Основному закону РТ и другим государственным и международным законам, которые признаны Республикой Таджикистан, являются действующими до момента разработки новых соответствующих нормативно-правовых актов.

Штатные нормативы для работников системы здравоохранения в РТ до настоящего времени устанавливаются по приказам и нормативным документам МЗ СССР, которые, к сожалению, не учитывают климато-географические и демографические особенности местности. 93% территории РТ составляют горы. Большинство населения РТ проживает в условиях низкогорья, среднегорья и высокогорья. Обслуживание жителей этих регионов, в связи с отсутствием благоустроенных дорог, вызывает определенные трудности. Немалая часть населения РТ проживет в условиях жаркого климата долин, где температура

воздуха летом поднимается часто до 45-50⁰, что также затрудняет их обслуживание. В виду значительного распространения заразных кожных болезней (грибковые заболевания, пиодермиты, паразитарные болезни), а также ИППП, требуются частые выезды медицинского персонала территориальных дерматовенерологических учреждений для выявления, обследования и лечения больных и их контактов. Учитывая вышеизложенное, мы считаем, что существующие штатные нормативы не соответствуют современным требованиям и рекомендуем МЗ и СЗ РТ пересмотреть их и предлагаем нами усовершенствованный вариант штатных нормативов для рассмотрения и утверждения.

Для республиканского, городских и областных центров кожных болезней предлагаются следующие по численности медицинских работников и обслуживающего персонала штатные нормативы:

Врачебный персонал

1. Должности врачей дерматовенерологов в амбулаторных (диспансерных) учреждениях для оказания соответствующей помощи в условиях городского диспансера установить в соотношении 0,7 врачей на 10 тыс. жителей города, включая детей (в советское время это соотношение составляло 0,55);
2. Должности врачей-кожных венерологов в амбулаторных (диспансерных) учреждениях для оказания соответствующей помощи в условиях областных (или республиканских) диспансеров установить в соотношении 0,45 врачей на 10 тыс. жителей области (или по республике), включая детей (было 0,3);
3. Для стационарных учреждений должности врачей-кожных венерологов установить в соотношении 1 врач на 25 (было 40) койко-мест.
Должности врачей-кожных венерологов в клинических учреждениях установить с учетом объема работы, выполняемой ассистентами и научными сотрудниками, и в зависимости от установленной для этих работников нагрузки;
4. Расчет необходимого количества врачей-лаборантов в амбулаторных учреждениях производится из расчета:
 - а) в амбулаторных учреждениях одна должность на 10 врачей-кожных венерологов;

б) одна должность на 100 койко-мест (было 150) для врачей-кожвенерологов в стационарных учреждениях.

В диспансерных учреждениях области (или республики) выделяется минимум одна должность врача-лаборанта.

5. Штат для заведующих отделениями следующий:

а) в диспансерных (амбулаторных) учреждениях должности заведующих отделениями распределяются в зависимости от общего количества медицинских работников с учетом наличия 5,5 – 10 должностей;

б) в стационарных учреждениях должно быть свыше 50 койко-мест в данном отделении.

6. Для включения должности заведующего лабораторией необходимо наличие одной ставки для врача-лаборанта.

7. Для каждого диспансерного учреждения города, области (или республики) выделяется отдельная должность заведующего оргметод кабинетом.

8. Для добавления в штат диспансерного учреждения должности замглаврача по медицинской работе необходимо наличие в штате учреждения свыше 30 (было свыше 40) должностей для врачей, включая самого главврача. Данную должность выделяют за счет замещения одной должности заведующего отделением.

Для медицинских работников среднего звена устанавливается следующий расчет:

9. Общее количество устанавливаемых должностей для медицинских сестер в диспансерных учреждениях города и области (или республики) соответствует количеству должностей для врачей-кожвенерологов.

10. Общее количество устанавливаемых должностей для медицинских сестер во врачебных кабинетах соответствует количеству должностей для врачей-кожвенерологов, оказывающих амбулаторную помощь.

11. Общее количество устанавливаемых должностей для медсестер (палатных) при расчете на 1 круглосуточный пост составляет:

а) один пост в сутки на 30 койко-мест (ранее было 40) для взрослых пациентов;

- б) на 25 койко-мест (ранее было 30) для пациентов детского возраста;
- в) на 10 койко-мест (ранее было 15) для детей в возрасте до 12 месяцев.

Должности процедурных медицинских сестер устанавливаются из расчета 1 должность на 40 (было 50) коек.

12. Общее количество устанавливаемых должностей для процедурных медсестер составляет:

- а) для лаборантов амбулаторного учреждения составляет одна должность на каждые 3 имеющиеся должности для врачей-кожвенерологов,
- б) для стационарных учреждений это соотношение составляет одна должность на 40 койко-мест (было 50).

13. Общее количество устанавливаемых должностей для медсестер физиотерапевтического кабинета в диспансерных учреждениях на более 40 койко-мест (раньше было на 50) распределяется в соотношении одна должность на 10 тысяч (раньше было 15 тысяч) планируемого проведения физиотерапевтических процедур в течение 12 месяцев.

14. Общее количество устанавливаемых должностей для медсестер приемного отделения в диспансерных учреждениях на 100-200 койко-мест распределяется в соотношении 0,5 должности 200 койко-мест и одна должность на более 200 койко-мест;

15. Общее количество устанавливаемых должностей для дезинфекторов по работе с имеющейся дезустановкой с условием наличия дезинфекционной камеры составляет: для диспансерных учреждений с содержанием от 75 до 150 койко-мест приходится 0,5 должности, для диспансерных учреждений с содержанием более 150 койко-мест приходится одна должность.

16. Общее количество устанавливаемых должностей для медицинских регистраторов составляет одна должность на каждые 5 должностей врачей приемного покоя.

17. Общее количество устанавливаемых должностей для работников медицинской статистики в диспансерных учреждениях составляет 0,5 должности на каждые

5-10 врачей приемного покоя и одна должность на число врачей, превышающее 10.

18. Общее количество устанавливаемых должностей для старших медсестер в стационарных учреждениях равно количеству должностей, устанавливаемых для заведующих отделениями.

19. Для должности главной медсестры выделяется штат в диспансерных учреждениях, соответствующих I – X группам. В диспансерных учреждениях, соответствующих XI группе, выделяется штат для старшей медсестры данного учреждения.

*Для медицинских работников младшего звена рекомендуется
установить следующий расчет:*

20. Общее количество устанавливаемых должностей для сестер-хозяек в стационарных учреждениях соответствует количеству устанавливаемым должностям для заведующих отделениями.

21. Общее количество устанавливаемых должностей для санитарок врачебных кабинетов в амбулаторных учреждениях составляет одна должность на каждые 3 должности врачей.

22. Общее количество устанавливаемых должностей для младшего медицинского персонала, работающего с пациентами, составляет:

- а) 1 пост в сутки на 30 койко-мест (раньше было на 40) для взрослых больных;
- б) на 25 койко-мест (раньше было на 30) для пациентов детского возраста;
- в) на 10 койко-мест (раньше было на 15) для пациентов в возрасте до 12 месяцев.

23. Общее количество устанавливаемых должностей для санитарки-буфетчицы составляет одна должность на каждые 30 койко-мест, для должности санитарки-уборщицы – 1 должность на 50 койко-мест (раньше было на 60), а для должности санитарки-ваннщицы – 1 должность на 40 койко-мест (раньше было на 50).

24.Общее количество устанавливаемых должностей для санитарок лаборатории равно количеству должностей, устанавливаемых для врачей-лаборантов, в том числе и для заведующего лабораторией;

25.Общее количество устанавливаемых должностей для санитарок физиотерапевтического кабинета составляет 0,5 должности на одну устанавливаемую должность для медсестры данного кабинета.

26.Для выделения должности для санитарки приемного отделения в диспансерных учреждениях необходимо наличие в нем 100 и более койко-мест.

27.Для выделения должности для санитарки регистратуры в приемном отделении необходимо наличие в нем более 10 должностей, выделяемых для врачей.

Для работников педагогического звена рекомендуется установить следующий расчет:

28. Общее количество устанавливаемых должностей для воспитателей составляет одна должность на каждые 50 пациентов детского возраста.

29. В диспансерных учреждениях, рассчитанных на более, чем 100 койко-мест, устанавливается одна должность для заведующего аптекой-провизора (соответствует должности заведующего отделением) и одна должность для санитарки в данной аптеке.

Для работников кухонь:

30. Общее количество должностей для работников кухонь установить в соответствии с действующими штатными нормативами для сотрудников данных подразделений.

Должности, устанавливаемые для медицинских работников, осуществляющих деятельность в кожно-венерологических диспансерах, входящих в состав городских поликлиник (с количеством жителей в городе более 25 тысяч), следующие:

Для врачей:

31. Общее количество устанавливаемых должностей для врачей в случае отсутствия в городском населенном пункте кожно-венерологического диспансера соответствует штатному составу одного либо нескольких

поликлинических учреждений города согласно пунктам 1 и 4а описываемого штатного норматива; для выделения штата на должность заведующего отделением необходимо минимум 3,5 должности, выделенные для врачей-кожвенерологов.

Для медицинских работников среднего звена следующий расчет:

32. Общее количество устанавливаемых должностей для среднего медперсонала аналогично таковому, описанному выше в пунктах 9 - 12.
33. Общее количество устанавливаемых должностей для старшей медсестры составляет одна должность на минимум 6 должностей, выделенных для врачей-кожвенерологов амбулаторного учреждения.

Для медицинских работников младшего звена рекомендуется установить следующий расчет:

34. Общее количество устанавливаемых должностей для младшего медперсонала составляет одна должность на каждые 3 должности, выделенные для врачей-кожвенерологов амбулаторного учреждения.

Штатные нормативы для работников дерматовенерологических учреждений областного (или республиканского значения) рекомендуется установить следующим образом.

Для врачей:

35. Общее количество устанавливаемых должностей для врачей соответствует таковому, указанному выше в пунктах 2 и 4а.
36. Для выделения штата для заведующего отделением необходимым должен быть минимум 3,5 должности для врачей-кожвенерологов.
37. На выделение штата для заведующего оргметодкабинетом в диспансерном учреждении необходимым является получение согласия от министра здравоохранения республики.

Для медицинских работников среднего звена рекомендуется установить следующий расчет:

38. Общее количество устанавливаемых должностей для среднего медперсонала аналогично таковому, описанному выше в пунктах 8 и 11;

39. Общее количество устанавливаемых должностей для старшей медсестры составляет одна должность на минимум 6 должностей, выделенных для врачей-кожвенерологов амбулаторного учреждения.

Для медицинских работников младшего звена рекомендуется установить следующий расчет:

40. Общее количество устанавливаемых должностей для младшего медперсонала составляет одна должность на каждые 3 должности, выделенные для врачей-кожвенерологов амбулаторного учреждения.

Для медицинских работников централизованных серологических лабораторий установить следующий расчет:

41. Общее количество устанавливаемых должностей для врачей-лаборантов составляет одна должность на каждые 100 процедур (раньше было 150) по анализу сывороток крови в течение одного рабочего дня (ранее при этом минимально выделялась одна должность на одну лабораторию).

42. В каждой лаборатории установить должность для заведующего за счет замещения одной должности врача-лаборанта.

43. Общее количество устанавливаемых должностей для лаборантов составляет одна должность на каждые 75 процедур по анализу сывороток крови в течение одного рабочего дня.

44. Общее количество устанавливаемых должностей для должности санитарок должно соответствовать общему числу выделенных должностей для врачей-лаборантов.

В соответствии с постановлением Правительства РТ «Об утверждении стратегии финансирования отрасли здравоохранения РТ на 2005-2015 годы», которое было принято в 2005 году, оказание финансовой поддержки дерматовенерологической службе имеет моноканальный характер при отсутствии альтернативных источников материальной поддержки, кроме того, здесь не приводится нормативный показатель для количества обращений за помощью из расчета на 1000 жителей. В то же время, новыми законами РТ,

принятыми недавно, были приостановлены ранее действовавшие законы о медицинском страховании.

Нами установлено, что Постановление Правительства Республики Таджикистан «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах», принятое в 2014 году; закон РТ «Об охране здоровья населения», изданный в 1997 году; а также утвержденный в 2007 году Правительством РТ список производств, цехов, профессий и должностей, которые связаны с вредными и тяжелыми условиями трудовой деятельности, направленные на социальную поддержку сотрудников службы дерматовенерологической помощи, остались нереализованными.

Результаты исследования нормативных документов показали, что в приказе МЗиСЗН Республики Таджикистан №560 от 03.04.2007 «О правилах и организации прохождения аттестации медицинских и фармацевтических кадров» предусмотрен вопрос о прохождении аттестации: на соответствие занимаемой должности через 3 года; на 2-ю категорию через 5 лет; на 1-ю категорию через 7 лет; на высшую категорию через 15 лет. Кроме того, установлено, что выдача сертификата специалиста для занятия медицинской деятельностью, которая осуществляется на основании главы 5, статьи 20, 21 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, где специалисты должны проходить сертификацию (не менее 1 раз в 5 лет), на практике не применяется.

Установлено, что частная медицинская деятельность, отраженная в главе 10 кодекса и закона Республики Таджикистан «О государственно-частном партнерстве» №907 от 28.12.2012, в виде альтернативной службы с государственным регулированием отдельных или всех видов медобслуживания, не получила широкого применения. В кодексе отсутствует раздел финансирования службы дерматовенерологической помощи, а также вопросы модернизации с использованием инновационных технологий.

Дальнейшее изучение существующих нормативно-законодательных актов, а именно, приказа Минздрава РТ «Об утверждении нормативно-правовой базы

семейной медицины», изданного в 2005 году за номером 584; закона Республики Таджикистан «О семейной медицине» №330 от 01.07.2011г. и Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, регламентирующих сферу деятельности семейного врача, показало, что в них не отражены вопросы оказания специализированной помощи в амбулаторных условиях, когда пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении, степень и уровень взаимодействия смежного врача с врачами службы дерматовенерологической помощи.

Нами доказано, что приказ Минздрава РТ за номером 33 от 28.01.2010 «О совершенствовании работы службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан», который базируется на действовавших приказах Минздрава СССР, не отвечает современным требованиям, в частности, приказ не учитывает климатогеографических и демографических условий.

В целом, существующая нормативно–правовая база службы дерматовенерологической помощи республики нами оценена как не соответствующая современным требованиям и наблюдаемым условиям социально-экономического развития в республике, имеет сдерживающий характер относительно проведения системных реформ, а также ослабляет эффективность использования всех ресурсов здравоохранения. На наш взгляд, в нормативных документах не регламентированы правила службы дерматовенерологической помощи, взаимоотношения врача и пациента, не отражены вопросы социально–правовой защиты медперсонала службы дерматовенерологической помощи и взаимодействия последней с иными служебными структурами.

4.3. Квалификационная характеристика специалиста-врача дерматовенеролога

Нами установлено, что в действующем документе, регулирующем деятельность службы дерматовенерологической помощи, утвержденном Министром здравоохранения Республики Таджикистан от 06.12.2007 №596

«Квалификационные характеристики специалистов с высшим и средним медицинским образованием» для оценки уровня профессиональной компетентности медицинских работников во время проведения аттестации, а также в период прохождения обучения в системе последипломной подготовки и самообразования существуют несколько требований. В связи с этим, подготовку врача-дерматовенеролога следует проводить согласно данным требованиям, в которых содержится следующее:

1. Врач-дерматовенеролог должен:

- знать все законы и нормативно-правовые акты относительно области здравоохранения;
- знать свои права и обязанности;
- знать правила организации оказания людям специализированной кожно-венерологической помощи;
- уметь определять показания к госпитализации пациентов в кожно-венерологический стационар;
- знать критерии установления инвалидности для пациентов с кожно-венерологическими заболеваниями, а также знать правила проведения врачебной трудовой экспертизы в диспансерных учреждениях дерматовенерологического профиля;
 - знать особенности медицинской службы ГО;
 - знать способы санитарного просвещения и уметь их осуществлять;
 - знать правила диспансеризации пациентов с дерматовенерологическими заболеваниями;
 - знать эпидемиологические особенности заразных дерматовенерологических патологий;
 - знать и уметь проводить противоэпидемические мероприятия в зонах повышенного инфицирования и распространения заразных дерматовенерологических патологий;
 - знать строение кожи, её функциональные особенности с учетом возраста человека и правила ухода за ней;

- этиологию и патогенез кожных и венерических болезней;
- знать возможные патоморфологические изменения у человека в случае его заражения дерматовенерологическими заболеваниями;
- знать особенности клинического проявления основных дерматовенерологических патологий, способы их диагностирования, терапии и профилактики;
- знать методы исследования пациентов с кожновенерическими заболеваниями, а также определять показания и противопоказания к их использованию;
- знать особенности иммунной системы человека и механизмы её нарушения при заболевании дерматовенерическими патологиями;
- знать показания для необходимости проведения консультации медико-генетического характера;
- знать особенности терапии пациентов с кожными патологиями;
- обладать знаниями о возможности применения диетотерапии при дерматовенерических патологиях;
- знать основы проведения реабилитационных мероприятий, физиотерапии, ЛФК у пациентов с кожновенерическими заболеваниями, а также определять необходимость назначения им санаторно-курортного лечения;
- знать методы проведения профилактических мероприятий при дерматовенерических патологиях.

2. Общие навыки:

- уметь заполнять медицинские и учетно-отчетные документы;
- определять состояние тяжести у пациентов, а также уметь оценить объем необходимой оказываемой медицинской помощи;
- уметь проводить дифференциальную диагностику со схожими патологиями;
- собирать все данные об имеющейся у пациента патологии, установить необходимые методы диагностики, обладать навыками забора патологического материала, а также навыками интерпретации полученных при исследовании данных;

- уметь определять показания к госпитализации больного и срочность её характера;
- выбирать наиболее оптимальную схему терапии, оценить вероятность возникновения осложнений от медикаментозного лечения, при необходимости уметь корректировать схему терапии в случае её неэффективности либо при возникновении побочных эффектов;
- обладать навыками заполнения рецептов;
- оценивать необходимость в диспансеризации пациента, создавать план проведения диспансерного наблюдения пациента на 12 месяцев и оценивать его результативность;
- прогнозировать продолжительность проведения реабилитационных мероприятий с определением их методов;
- заполнять отчетные формы о проведенных лечебно-профилактических мероприятиях с оценкой их эффективности;
- уметь определять возможность возвращения пациента к нормальной трудовой деятельности, оценивать противопоказанность к выполнению того или иного рода трудовой деятельности.

3. Специальные навыки врача-дерматовенеролога:

Врач должен обладать знаниями о методах проведения лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, а также об особенностях клинического течения у пациентов с такими патологиями, как:

- синдром Стивенса-Джонсона;
- токсический эпидермальный некролиз;
- острый токсико-аллергический дерматит;
- отёк Квинке;
- анафилактический шок;
- травматический шок;
- кровотечение.

Кроме того, специалист дерматовенеролог должен обладать такими знаниями и о других, не менее сложных патологиях:

Патологии кожи неинфекционного характера:

- атопическая экзема;
- токсико-аллергический дерматит;
- дерматиты;
- экзема;
- все дерматозы, имеющие зудящий характер;
- уртикария;
- псориаз;
- болезнь Жибера;
- красный плоский лишай;
- розацеа;
- акне;
- себорейный дерматит;
- очаговая алопеция;
- лейкодерма;
- мультиформная эритема;
- гранулема кольцевидная;

опухолевые поражения кожи:

- себорейный кератоз, базальноклеточный рак кожи, карцинома, меланома
- красная волчанка;
- пузырьные дерматозы;
- склеродермия;
- артерииты: пурпура Шёнлейна–Геноха, васкулит Рейтера, узловатая эритема;
- различные виды генодерматозов: диффузная кератома, буллезный эпидермолиз.

Патологии кожи, имеющие инфекционный и паразитарный характер:

- патологии кожи, вызванные пиококковой флорой: воспалительные поражения волосяных фолликулов, фурункул, карбункул, импетиго, гидраденит, воспалительные поражения волосяных луковиц, хроническая язвенно-

вегетирующая пиодермия;

- туберкулезные поражения кожи;
- ползучая эритема;
- проказа или болезнь Хансена;
- зоонозные дерматозы: чесотка, педикулёз, демодекоз;
- контагиозный моллюск;
- вирусные поражения кожи: бородавки, аногенитальные бородавки, герпес простой, герпес опоясывающий.

Грибковые поражения кожи (микозы):

отрубевидный лишай, стригущий лишай, руброфития, кандидоз.

Заболевания, передающиеся половым путем:

- гонорея;
- негонекокковые (бактериальные, неспецифические) уретриты;
- трихомониаз;
- сифилис;
- кожные проявления при ВИЧ-инфекции.

4. Обладать навыками проведения таких манипуляций, как:

- объективный осмотр кожи и видимых слизистых оболочек (витропрессия, пальпаторное обследование, взятие соскоба, исследование особенностей дермографизма, оценка состояния болевой, температурной чувствительности и осязания, проведение йодокрахмального теста, определение симптома Никольского, определение наличия псориатической триады);
- проведение диагностических кожных тестов;
- пункция лимфоузла;
- взятие кожного материала для проведения биопсийного анализа;
- взятие патологического материала с целью выявления возбудителей сифилиса, гонореи, трихомониаза, микозов, демодекоза, чесотки;
- пальпаторное исследование простаты;
- установка мягкого катетера;
- различные способы наружной терапии (использование различных

примочек, согревающих компрессов, техника наложения дерматологического компресса, использование мазей, различных кремов и т.д);

- знать и владеть способами удаления контагиозного моллюска;
- удаление аногенитальных бородавок;
- инстиляция уретры;
- орошение хлорэтилом.

Таким образом, наличие квалификационных характеристик специалиста – врача дерматовенеролога необходимо для оценки его профессиональной способности, уровня теоретических и практических знаний.

ГЛАВА 5. Оценка деятельности службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных социально-экономических условиях и пути её оптимизации.

5.1 Оценка эффективности деятельности службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан

Оценка эффективности лечебной работы службы дерматовенерологической помощи включает в себя анализ формы и отчета.

Государственная система борьбы с венерическими болезнями в СССР основывалась на единстве управления и планирования, профилактическом направлении, единстве медицинской науки и практики, безопасности и общедоступности высококвалифицированной медицинской помощи, широком участие населения и активной помощи партийных и советских органов.

Единство управления и планирования. В союзных республиках ежегодно составлялись комплексные планы мероприятий по борьбе с венерическими и кожными болезнями, разрабатываемые в соответствии с перспективным планом развития дерматовенерологической помощи населению соответствующей территории. Ежегодный комплексный план указанных мероприятий являлся документом, координирующим противовенерическую деятельность всей медицинской сети – органов здравоохранения, кожно-венерологических диспансеров (отделений, кабинетов), родильных домов, акушерских и гинекологических отделений больниц и женских консультаций, лечебно-профилактических учреждений общего профиля, санитарно-эпидемиологических станций, домов санитарного просвещения.

Профилактическое направление нашло свое отражение в четком диспансерном методе работы и эпидемиологическом подходе в борьбе с венерическими болезнями, который заключался в полноте и оперативности учета заболеваемости, полноте и своевременности госпитализации, локализации очагов и быстром выявлении, и привлечении к лечению источников и всех контактировавших.

В диспансерном методе работы одним из основных является обязательный учет больных венерическими заболеваниями, основными формами которого являются:

1) предоставление сведений о впервые выявленных пациентах с активными формами туберкулеза, венерической патологией, трахомой, стригущим лишаем, паршей, чесоткой, психическими нарушениями (учетная форма № 089/у);

2) медицинская карта больного венерическим заболеванием (учетная форма № 065/у) – заполнялась на всех больных венерическим заболеванием в амбулаторных условиях;

3) медицинская карта стационарного больного (учетная форма № 003/у) заполнялась на всех больных венерическими и другими болезнями в стационарах;

4) медицинская карта амбулаторного больного (учетная форма № 025/у) заполнялась на всех лиц, бывших в контакте с больным венерическим заболеванием;

5) контрольная карта диспансерного наблюдения (учетная форма № 030/у) заполнялась на больных ИППП и всех кожных больных диспансерной группы, больных чесоткой;

6) учетная карта № 048/у – на «лицо, подлежащее целевому медицинскому осмотру на выявление...»;

7) учетная форма № 057/у («Направление на обследование и терапию в венерологическое стационарное учреждение, охраняемое структурами милиции»), № 065-2/у («Предупреждение лицу, заболевшему венерической болезнью»), № 038-0/у («Журнал учета санитарно-просветительной работы») и для лаборатории № 260/у («Журнал регистрации серологических исследований (диагностика сифилиса)»).

Основными формами отчета кожно-венерологических учреждений были:

1) отчет лечебно-профилактического учреждения по форме №1 (годовой) - основная форма отчета любого лечебно-профилактического учреждения.

Заполнялся каждым кожно-венерологическим диспансером, отделением или кабинетом. В отчете показываются сведения о посещаемости дерматовенерологов и профилактических осмотрах на предмет выявления венерических или заразных кожных болезней; о числе серологически обследованных больных соматических стационаров; о диспансерном наблюдении за отдельными контингентами больных дерматовенерологического профиля; о деятельности кожно-венерологического стационара; 2) отчет (годовой) о больных венерическими, грибковыми кожными болезнями и трихомониазом (отчет-вкладыш №5 к отчетной форме №1) составлялся всеми кожно-венерологическими учреждениями.

Учетная и отчетная документация, единая для всех лечебно-профилактических учреждений страны, не только служила для регистрации заболеваемости и состояния медицинской помощи, но и являлась предметом анализа ее полноты. На основании анализа осуществлялось планирование противоэпидемических мероприятий.

В 80-е годы сведения учетной и отчетной документации кожно-венерологических и других медицинских учреждений начали вводиться в ЭВМ в целях более оперативного управления эпидемической ситуацией по венерическим болезням.

Обязательной госпитализации в течение 24 ч после установления диагноза подлежали все больные заразными формами сифилиса (сифилис I, сифилис II свежий, сифилис II рецидивный), в том числе дети с ранним врожденным сифилисом с проявлениями, больные ранним скрытым сифилисом, а также больные с гонореей, не имеющие постоянного места жительства, больные осложненной и хронической гонореей, дети, страдающие гонореей.

В случае отказа от госпитализации больных венерическими болезнями и лиц, бывших с ними в контакте, органы и учреждения здравоохранения имели право госпитализировать их принудительно. При необходимости к розыску и обследованию на венерические заболевания предполагаемых источников

заражения и лиц, бывших в контакте с больными венерическими болезнями, лиц, злостно уклоняющихся от лечения, привлекалась милиция по заявке кожно-венерологического диспансера (отделения, кабинета). Таких лиц, а также больных, нарушающих режим лечения в обычном стационаре, госпитализировали в специализированные венерологические стационары.

Обследование членов семьи и лиц, бывших в контакте с больным, являлось одним из основных моментов противоэпидемической деятельности непосредственно в очаге заболевания. Лечебное учреждение обеспечивало сохранение тайны заболевания больного. При отказе этих лиц от обследования в добровольном порядке их привлекали к обследованию принудительно, с привлечением органов милиции.

С целью профилактики врожденного сифилиса проводилось серологическое обследование (двукратное) беременных. В СССР постоянно проводилась большая работа по профилактике врожденного сифилиса, благодаря чему заболеваемость сифилисом ранним врожденным с симптомами (активным) практически была ликвидирована.

Серологический контроль за больными, находящимися в общесоматических стационарах с целью раннего выявления висцерального сифилиса, скрытых форм сифилиса, позднего врожденного сифилиса, сифилиса нервной системы проводился при активном участии терапевтов, невропатологов, педиатров, психиатров и врачей других специальностей.

Обязательные профилактические медицинские обследования на венерические болезни ряда контингентов. С целью раннего выявления венерических заболеваний в СССР были введены обязательные во время приёма на работу и периодические профилактические медицинские обследования определенных профессиональных групп населения, указанных в «Инструкции по проведению обязательных профилактических медицинских обследований, поступающих на работу и работающих в пищевых предприятиях, на сооружениях по водоснабжению, в детских учреждениях и других».

Кроме обязательных профилактических осмотров и обследований, в зависимости от эпидемической ситуации проводились целевые осмотры на венерические болезни отдельных групп населения.

Санитарно-просветительная работа по профилактике венерических заболеваний проводилась в плановом порядке кожно-венерологическими диспансерными учреждениями, НИИ, кафедрами дерматовенерологии медицинских вузов, а также лечебно-профилактическими учреждениями другого профиля (акушерско-гинекологическими, педиатрическими и др.). Планирование и проведение этой работы осуществлялось совместно с центрами здоровья с учетом конкретной эпидемиологической обстановки.

Согласно рекомендациям ВОЗ, качество медицинского обслуживания имеет следующие компоненты: эффективность; экономичность; адекватность и научно-технический уровень.

Для экспертной оценки были привлечены специалисты отдела медицинской статистики, профессора кафедры дерматовенерологии медицинского университета, опытные врачи дерматовенерологической помощи Республиканского и Душанбинского городского клинических центров кожных и венерических болезней.

Экспертами была установлена половозрастная структура обслуженных пациентов со стороны специалистов дерматовенерологов.

На эффективность работы службы дерматовенерологической помощи также влияла квалификация врача дерматовенеролога, результаты лабораторных анализов и качество лекарственных препаратов, которые на 90% поступали из-за пределов республики.

Анализ деятельности дерматовенерологической помощи г. Душанбе за годы независимости показал, что служба дерматовенерологической помощи по различным причинам часто не может выполнить ряд лабораторных исследований и физиотерапевтических процедур из-за нехватки реактивов, оборудования или специалистов. Это снижает качество обслуживания больных со стороны специалистов дерматовенерологов.

5.1.1. Результаты анонимного опроса пациентов об удовлетворённости службой дерматовенерологической помощи

Основной целью социологического опроса населения о деятельности службы дерматовенерологической помощи является выявление недостатков в работе службы, получение ответов на важные вопросы, требующие адекватного решения проблем рационального использования людских и материальных ресурсов, стимулирование персонала с целью повышения качества оказываемой помощи. Социологические опросы приобретают особую значимость в условиях ограниченности ресурсов.

Для осуществления социологического опроса было проведено анкетирование 130 пациентов, госпитализированных по разным показаниям. Анкета состояла из 18 вопросов, в том числе из 5 общих и остальные - по теме опроса. Среди пациентов городские жители составили 70%, сельские - 30%. В социологическом исследовании респонденты (пациенты) мужчины составили 58%, женщины – 42%. Возрастная структура пациентов, пользовавшихся услугами дерматовенерологов, представлена в таблице 5.1.

Таблица 5.1. - Возрастной состав пациентов, обратившихся в дерматовенерологические учреждения (n=130)

Показатель	Возрастная группа (лет)					
	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	>60
Количество пациентов, абс (%)	16 (12,3%)	28 (21,6%)	29 (22,3%)	26 (20,0%)	22 (16,9%)	9 (6,9%)

Как видно из данных таблицы 5.1, среди обратившихся, в основном, были лица трудоспособного возраста (от 16 до 50 лет), они составили 76,2%. Преобладание лиц трудоспособного возраста определяется внезапными заболеваниями, характерными для данной возрастной категории, - острое состояние, инфекционные, венерические и кожные заболевания.

Социально-профессиональная принадлежность пациентов отражена на рисунке 5.1.

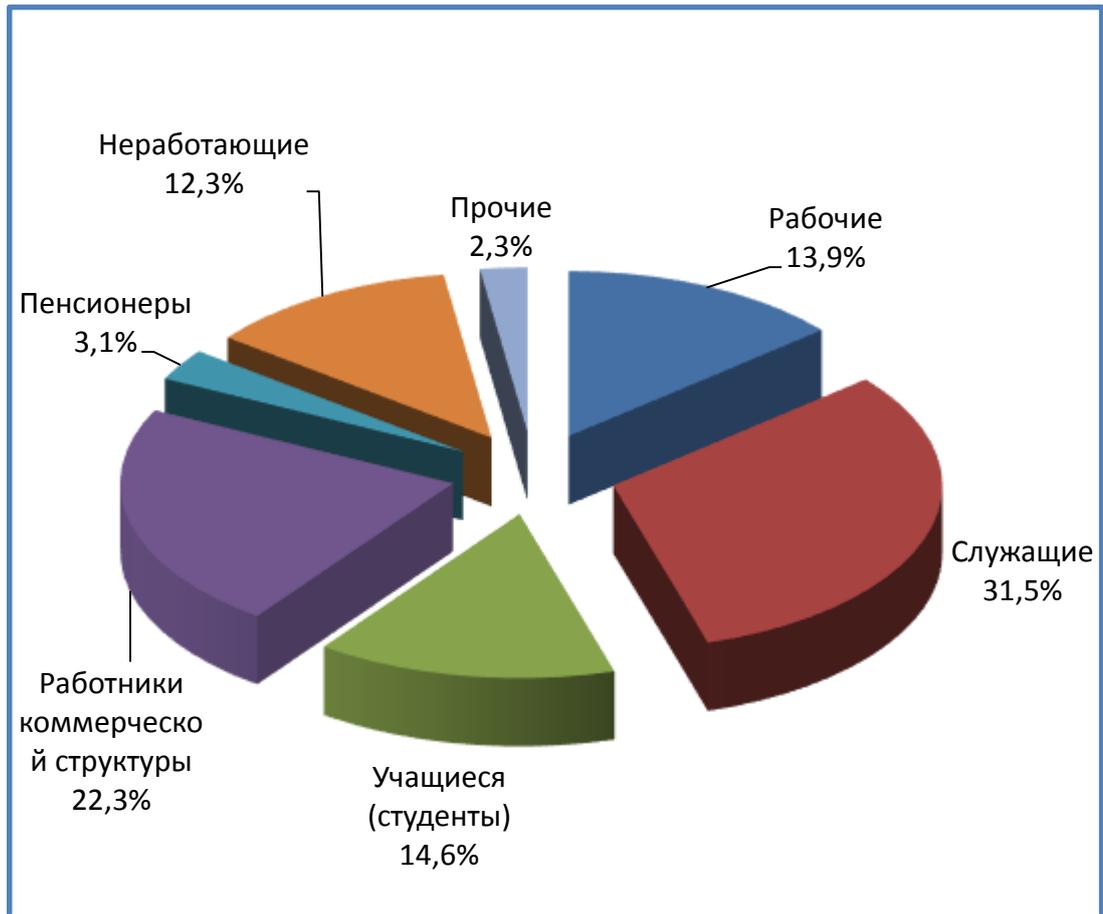


Рисунок 5.1. - Социальный состав респондентов (%)

Данные рисунка 5.1. показывают, что среди пациентов, обратившихся к дерматовенерологам, служащие составили 31,5%, работники коммерческой структуры – 22,3%, учащиеся (студенты) – 14,6%, рабочие – 13,9%, неработающие – 12,3%, пенсионеры (инвалиды) - 3,1% и прочие – 2,3%.

Среди пациентов количество респондентов с высшим образованием составило 29,2%, с неполным высшим образованием – 23,8%, средним – 30,8%, с неполным средним – 10,8%, начальным – 3,1% и без образования – 2,3%.

Пациенты и их родственники на вопрос: «Как часто Вы обращаетесь за медицинской помощью в течение года?», 40% ответили, что обращались более двух раз в год, 29,2% - один раз в год, 25,4% - два раза в год, 5,4% больных для получения медицинской помощи за услугами дерматовенерологов вообще не обращались.

Из опрошенных пациентов и их родственников 73,1% при обострении хронических заболеваний отдают предпочтение обратиться за специализированной медицинской помощью, только 26,9% - полагаются на семейного врача. Частое обращение больных за специализированной медицинской помощью к врачам дерматовенерологам имеет преимущества, как экономические, так и медицинские, в связи с оказанием непосредственной помощи квалифицированным специалистом.

Первый контакт с пациентом начинается при приеме в кабинете врача или с регистратуры. В связи с этим, пациентам было предложено ответить на вопрос: «При обращении в кожно-венерический диспансер или кабинет, какие сложности Вы испытываете?». В 42,3% случаев респонденты жаловались на незнание адреса кожных учреждений, 13,1% - отправили в другие больницы, 3,8% - отметили грубость персонала, 9,3% - на место расположения больницы и 31,5% респондентов отметили, что никаких сложностей не наблюдалось. 25,4% пациентов оценили отношение врачей как высокое, 62,3% - удовлетворительное и только 12,3% - неудовлетворительное.

По месту расположения больницы, пациентам был поставлен вопрос «За сколько времени Вы добрались до больницы». Был получен следующий ответ: до 30 минут – 27,7%, до 1 часа – 43,1%, до 1 часа 30 минут – 12,3% и более 1 часа 30 минут – 16,9%.

Пациентам было предложено оценить профессионализм врачей кожных венерологов, так как качество оказываемой медицинской помощи на амбулаторном или стационарном этапе зависит от квалификации врача дерматовенеролога. 77,7% оценили профессионализм врача как удовлетворительный, 22,3% - неудовлетворительный. Под удовлетворённостью 26,9% респондентов понимали авторитет врача, высокую квалификацию отметили 13,1% пациентов, внимательность и чуткость врачей - 20,8%, врачи умеет успокоить пациентов - 16,9%. Работой врача частично удовлетворены были 15,4% пациентов, неудовлетворены – 6,9%. Пациенты в 93,1% случаев

отметили приятный внешний вид сотрудников дерматовенерологических учреждений, неопрятный - в 6,9%.

Престиж данной профессии остается одной из важных проблем службы дерматовенерологической помощи. Только 46,9% пациентов считают эту профессию престижной и 53,1% отмечают важность данной профессии. В службе дерматовенерологической помощи, по мнению пациентов, существуют следующие проблемы: нехватка современных лабораторий и оборудования – 39,2%, нехватка медикаментов – 23,8%, низкая заработная плата – 22,3%, нехватка кадров – 7,8%, качество обслуживания – 5,4% и только 1,5% отметили, что нет проблем. На вопрос: «Для улучшения работы дерматовенерологической службы что Вы предлагаете?» - 62,3% пациентов отметили необходимость обеспечения лабораторий современным оборудованием и специалистами этой сферы, а также обеспечить качественными медикаментами, 16,9% - улучшить доступность, 15,4% - за повышение квалификации и за улучшение этики и деонтологии – 5,4%.

В период реформирования отрасли здравоохранения большую значимость приобретают медико-социологические исследования, позволяющие изучить мнение населения о происходящих изменениях в медицинских учреждениях. Полученная информация дает возможность органам управления здравоохранением планировать организацию медицинской помощи с учетом мнения пациентов, вносить своевременные коррективы в организацию медицинской помощи.

Для выяснения мнения пациентов о положительных и отрицательных сторонах деятельности службы дерматовенерологической помощи и затруднениях получения качественной медицинской помощи нами проведен социологический опрос пациентов по специально составленной анкете.

Анкетированию подвергнуто 118 пациентов, 82,2% которых составили городские жители и 17,8% сельские. Возрастно-половая структура пациентов отражена в таблице 5.2.

Таблица 5.2. Распределение пациентов разного пола по различным возрастным группам

Пол	Возрастная группа												Всего	
	15-20 л		21-30 л		31-40 л		41-50 л		51-60 л		61 лет и более			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Муж.	12	17,6	14	20,6	18	26,5	10	14,7	8	11,8	6	8,8	68	57,6
Жен.	8	16,0	10	20,0	12	24,0	9	18,0	7	14,0	4	8,0	50	42,4
Всего	20	17,0	24	20,3	30	25,4	19	16,1	15	12,7	10	8,5	118	100

Как видно из данных таблицы 5.2, среди всех пациентов 57,6% составили мужчины, 42,4% - женщины. Среди анкетированных 45,7% были лица в возрасте 21-40 лет. Среди женщин наибольший удельный вес имели лица в возрасте 21-50 лет – 62%, среди мужчин - в возрасте 15-40 лет – 64,7%.

Распределение пациентов мужского и женского пола по социальному положению показало, что среди мужчин доля рабочих составила 27,9%, среди женщин большинство - 42% - составили неработающие лица.

По результатам опроса проведен анализ социального положения анкетированных пациентов (таблица 5.3).

Таблица 5.3. Распределение пациентов разного пола в зависимости от социального положения

Пол	Рабочие		Служащие		Студенты		Работающие в разных профилях		Пенсионеры		Неработающие		Временные-работ. (прочие)		Всего	
	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%	п	%
М	14	20,6	18	26,5	8	11,8	12	17,6	4	5,9	9	13,2	3	4,4	68	57,6

Продолжение таблицы 5.3

Ж	2	4,0	7	14,0	4	8,0	12	24,0	1	2,0	23	46,0	1	2,0	50	42,4
Всего	16	13,6	25	21,2	12	10,2	24	20,3	5	4,2	32	27,1	4	3,4	118	100

Как видно из таблицы 5.3, в структуре обратившихся лиц разного социального положения на первом месте были неработающие – 27,1%, на втором - служащие – 21,2%, на третьем – работающие в разных профилях – 20,3%.

В структуре кратности обращаемости 1 раз в год за помощью к дерматовенерологам обратились 33,1% пациентов, 2 раза – 19,5%, более 2 раз – 25,4%. Лица, не обратившиеся за дерматовенерологической помощью, составили 22%.

Пациенты с высшим образованием 1 раз в год обратились за дерматовенерологической помощью в 32,2% случаев, 2 раза – 21,2%, более 2 раз – 35,6%, 11% пациентов обратились за помощью к другим специалистам.

Мы выяснили, что, независимо от социального положения, 89% пациентов при появлении заболеваний за медицинской помощью обратились в дерматовенерологические учреждения, только 11% - к врачам других специальностей.

Проведен анализ обращений пациентов разного возраста к различным специалистам (таблица 5.4).

Таблица 5.4. Распределение лиц разного возраста с хроническими заболеваниями по обращению к различным специалистам

Возраст	В ЦКВБ		К семейному врачу		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
15 - 20 лет	16	80,0	4	20,0	20	17,0

Продолжение таблицы 5.4

21 - 30 л	21	87,5	3	12,5	24	20,3
31 - 40 л	27	90,0	3	10,0	30	25,4
41 - 50 л	18	94,7	1	5,3	19	16,1
51 - 60 л	14	93,3	1	6,7	15	12,7
61 лет и более	9	90,0	1	10,0	10	8,5
Всего	105	89,0	13	11,0	118	100,0

Как видно из приведенных данных, удельный вес представителей самой молодой возрастной группы (от 15 до 20 лет), обратившихся за дерматовенерологической помощью, ниже, чем в остальных возрастных группах. Доля лиц, обратившихся за медицинской помощью в службу дерматовенерологической помощи, с возрастом увеличивается.

Проведенный анализ мнения пациентов выявил, что удовлетворенность работой врачей дерматовенерологической помощи пациентов в целом составляла у 61,9% населения, частично удовлетворены – 28,8%, а неудовлетворены – 9,3% населения.

Из положительных моментов в деятельности работников службы дерматовенерологической помощи пациенты, как разного уровня социального положения, так и разного уровня образования, отметили приятный внешний вид медперсонала (93,1%).

В условиях дефицита бюджетных средств, низкой заработной платы сотрудников дерматовенерологической помощи неизбежно возникают вопросы нелегальной оплаты, что нежелательно в службе, имеющей высокую социальную значимость. В связи с этим, изучено мнение пациентов о внедрении платных услуг в службе дерматовенерологической помощи. Большинство пациентов – 58,5% - являются сторонниками бесплатной дерматовенерологической помощи, 29,7% - за частичную оплату и только 11,8% - готовы полностью оплатить услуги дерматовенерологической помощи.

Анализ мнения лиц разного социального положения по оценке профессии врача дерматовенеролога выявил неоднозначное отношение к этому вопросу (таблица 5.5).

Таблица 5.5. Распределение лиц разного социального положения по оценке профессии врача дерматовенерологической помощи

Социальное положение	Престижная		Важная		Не престижная		Сложная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Рабочие	3	18,7	10	62,5	-	-	3	18,8	16	32,3
Служащие	12	48,0	11	44,0	-	-	2	8,0	25	21,2
Студенты	6	50,0	4	33,4	1	8,3	1	8,3	12	10,2
Работающие в разных профилях	4	16,7	18	75,0	-	-	2	8,3	24	20,5
Пенсионеры	-	-	3	60,0	-	-	2	40,0	5	8,0
Неработающие	16	50,0	14	40,6	-	-	2	9,4	32	27,1
Вр. не раб (прочие)	-	-	2	50,0	-	-	2	50,0	4	1,8
Всего	41	34,7	62	52,5	1	0,9	14	11,9	118	100,0

Как видно из данных таблицы 5.5, более половины (52,5%) опрошенных пациентов разного социального положения считали профессию врача дерматовенеролога важной, 34,7% - престижной и 12,8% - сложной. Выяснилось, что служащие, студенты и неработающие считают профессию врача престижной – соответственно 48%, 50% и 50%, рабочие (62,5%) и работающие в разных профилях (75,0%) на первое место ставят важность данной профессии.

На вопрос «Как Вы оцениваете уровень дерматовенерологической помощи в диспансерных и стационарных отделениях?» - более трети (42,4%) пациентов оценили её, как неудовлетворительную. Доля неудовлетворительной оценки у лиц с высшим и средним образованием составляла еще больше – 61,0% и 51,7% соответственно.

На вопрос о том, что необходимо для улучшения работы службы дерматовенерологической помощи, предложения пациентов сводились к следующему: 82,2% считали необходимым улучшение обеспечения медикаментами, новым современным лабораторным оборудованием, 48,3% -

повысить уровень обслуживания и доступность, 37,3% - повысить квалификацию медицинских работников и 17,8% - улучшить этику и деонтологию работников.

5.1.2. Социологический опрос специалистов службы дерматовенерологической помощи

Работа службы дерматовенерологической помощи, объем и качество медицинской помощи в большей степени зависят от уровня материально-технического обеспечения учреждения. В целях изучения существующих проблем и перспектив развития службы дерматовенерологической помощи было проведено анкетирование специалистов службы дерматовенерологической помощи (врачи и средний медперсонал) по специально разработанным формам.

Анкета состоит из 11 вопросов, касающихся нагрузки врача, технической обеспеченности, условий работы, оснащенности кабинетов и лаборатории, доступности медикаментов, своевременного получения физиотерапевтических процедур, о платных услугах и перспективах развития. Были опрошены 120 специалистов службы дерматовенерологической помощи города Душанбе и центральных регионов республики (таблица 5.6).

Таблица 5.6. Распределение специалистов службы дерматовенерологической помощи разного пола по профессии

Пол/специальность	Врач		Средний медработник		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Мужчины	28	56,0	24	34,3	52	43,3
Женщины	22	44,0	46	65,7	68	56,7
Всего	50	41,7	70	58,3	120	100

Как видно из таблицы 5.6, в исследование были привлечены 50 врачей дерматовенерологов, из них 28 мужчин и 22 женщин, и 70 средних медработников, работающих в кожно-венерических учреждениях, из них мужчины составили 24, женщины - 46.

Проведено распределение врачей и средних медработников разных дерматовенерологических учреждений по стажу работы, что приведено в таблице 5.7.

Таблица 5.7. Распределение специалистов службы дерматовенерологической помощи по стажу работы

Специалист	Возрастная группа						Всего	
	0-5 лет		6-10 лет		11 и более			
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	12	24,0	20	40,0	18	36,0	50	100
Средний мед/работ	22	31,4	30	42,9	18	25,7	70	100
Всего	34	28,3	50	41,7	36	30,0	120	100

Как видно из таблицы 5.7, среди респондентов количество врачей составило 41,7%, средних медработников - 58,3%. Стаж работы опрошенных выглядит следующим образом: до 5 лет - 28,3%, 6 - 10 лет - 41,7%, 11 лет и более - 30,0%.

Одним из важных вопросов анкеты было проведение оценки нагрузки врача при приеме больных, которую оценили, как высокий уровень, средний уровень и низкий уровень нагрузки (таблица 5.8).

Таблица 5.8. Распределение медицинских работников центров по уровню нагрузки

Специалист	Высокий		Средний		Низкий		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	22	44,0	18	36,0	10	20,0	50	100
Средний медработник	30	42,9	28	40,0	12	17,1	70	100
Всего	52	43,4	46	38,3	22	18,3	120	100

Как видно из таблицы 5.8, опрошенные сотрудники службы дерматовенерологической помощи оценили нагрузку работы, как высокий уровень - 43,4%, средний уровень - 38,3% и низкий уровень - 18,3%.

На вопрос, определяющий техническую и лабораторную обеспеченность службы дерматовенерологической помощи, респонденты отметили по критерию «высокий уровень», «средний уровень» и «низкий уровень» обеспеченности (таблица 5.9).

Таблица 5.9. Оценка распределения специалистов службы дерматовенерологии по технической и лабораторной обеспеченности кожно-венерологических центров

Специалист	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	5	10,0	15	30,0	30	60,0	50	100
Средний медработник	10	14,3	32	45,7	28	40,0	70	100
Итого	15	12,5	47	39,2	58	48,3	120	100

Как видно из таблицы 5.9, только 12,5% респондентов отметили «высоким» уровень технической и лабораторной обеспеченности службы дерматовенерологической помощи республики, 39,2% - «средним», 48,3% - «низким».

Уровень обеспеченности медикаментами для лечения больных в сфере дерматовенерологической помощи «хороший» по всей республике.

Мнение медицинского персонала, участвовавшего в анкетировании, о качестве оказания дерматовенерологической помощи больным, представлено в таблице 5.1.2.5.

Таблица 5.10. Оценка мнения респондентов службы дерматовенерологической помощи по качеству медицинской помощи населению

Специалист	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	15	30,0	31	62,0	4	8,0	50	100
Средний медработник	9	12,9	29	41,4	32	45,7	70	100
Всего	24	20,0	60	50,0	36	30,0	120	100

Из таблицы 5.10 видно, что 20,0% респондентов качество медицинской помощи дерматовенерологической службы республики оценили, как «высокое», 50,0% - как «среднее», 30,0% - как «низкое». Известно, что качество медицинской помощи больных напрямую связано с уровнем материально-технической базы медицинских учреждений.

Ответы на вопрос о престиже профессии врача дерматовенеролога, приведены в таблице 5.11.

Таблица 5.11. Мнение специалистов службы дерматовенерологической помощи о престижности профессии

Специалист	Престижная		Не престижная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
Врач	18	36,0	32	64,0	50	100
Средний медработник	28	40,0	42	60,0	70	100
Всего	46	38,3	74	61,7	120	100

Как видно из таблицы 5.11, по оценкам респондентов профессию врача дерматовенеролога престижной считают 36,0% врачей и 40,0% средних медработников. Непрестижность профессии врача дерматовенеролога 80,0% респондентов связывают с низкой заработной платой и условиями работы, 13,3% - с неуважением со стороны коллег другой врачебной специальности и 6,7% - с неуважением со стороны населения.

Мнение респондентов в стажевой группе представлено в таблице 5.12.

Таблица 5.12. Распределение мнения специалистов различной стажевой группы о престижности профессии

Стаж работы	Престижная		Не престижная		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%
0-5 лет	16	47,1	18	52,9	34	100
6-10 лет	30	60,0	20	40,0	50	100
11 и более	-	-	36	100	36	100
Всего	46	38,3	74	61,7	120	100

Из результатов таблицы 5.12 видно, что в стажевой группе респондентов со стажем работы более 11 лет 100% считают профессию врача дерматовенеролога непрестижной. В стажевой группе 6-10 лет респонденты профессию врача дерматовенеролога считают престижной – в 60,0% и стажевой группе до 5 лет – в 47,1%, непрестижной соответственно 40,0% и 52,9%.

Респонденты основным мотивом, удерживающим сотрудника службы дерматовенерологической помощи, в 87,5% случаев определили важность профессии для общества, а 12,5% связывают это с неумением заниматься другим делом. Тем не менее, 53,3% респондентов оставили бы профессию сотрудника службы дерматовенерологической помощи при появлении более удачной работы. Более 44,0% врачей отмечают низкую мотивацию к работе в службе дерматовенерологической помощи и 60,0% средних медработников.

Бесплатные услуги в службе дерматовенерологической помощи поддерживают 59,2% респондентов, за внедрение частичной оплаты 30,0% и за платные услуги 10,8% респондентов. 86,7% респондентов улучшение работы службы дерматовенерологической помощи связывают с повышением заработной платы и улучшением условий работы, 58,3% - с повышением социальной защиты, 46,7% - с современным оснащением лабораторным оборудованием и 10,8% - снижением нагрузки.

5.1.3. Интеграция работы врачей дерматовенерологов, семейных врачей и врачей других специальностей

Развитие семейной медицины в Республике Таджикистан началось с издания приказа Министерства здравоохранения «О поэтапном переходе к оказанию первичной медико-санитарной помощи по принципу врача общей практики (семейного врача) на период 1998-2000 гг.» от 23.06.1998, №236.

Общая врачебная (семейная) практика осуществляется на базе учреждений ПМСП, согласно Постановлению Правительства Республики Таджикистан от 31.12.2002, №525 «Об утверждении организационной структуры учреждений

первичной медико-санитарной помощи», также этим постановлением службы дерматовенерологической помощи включены в структуру ПМСП.

Объем и виды услуг, штатные нормативы, табель оснащения специалистов семейной медицины регламентированы в приказах Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 29.08.2003, №370 «Об утверждении типовых положений о городском центре здоровья, районном центре здоровья, сельском центре здоровья и доме здоровья», «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины» №584 от 31.10.2005.

Профессиональные взаимоотношения между семейным врачом, врачом дерматовенерологом и другими специалистами зависят от доступности специализированной помощи как на госпитальном, так и на догоспитальном этапах. Существует четыре способа возможного описания доступа с первичной к вторичной помощи, включая обращение в службу дерматовенерологической помощи:

- вариант исключительного контроля (Дания, Италия, Нидерланды и Соединенное Королевство);
- вариант, при котором доступ к вторичной помощи контролируется первичным звеном, но правом дачи направлений обладает не только семейный врач, но и ряд работников первичной медико-санитарной помощи (например, педиатр, акушер-гинеколог, работающие на коммунально-общинном уровне (Испания));
- в третьей модели контроль является исключительной прерогативой служащих стационаров, занимающихся госпитализацией (Германия);
- в четвертой модели не существует вообще никакого контроля.

Министерство здравоохранения Республики Таджикистан придерживается модели исключительного контроля семейного врача по вопросам перенаправления больных из первичного звена в учреждения второго и третьего порядков.

На начальном этапе реализации вышеуказанной модели все еще существует множество проблем, из-за которых пациенты обходят семейного

врача и имеют прямой доступ к услугам специалистов. В связи с этим необходимо предоставление различных путей, для того чтобы помочь семейным врачам оставаться в центре отношений с пациентами, в том числе при взаимодействии с врачами службы дерматовенерологической помощи.

Вне зависимости от существующих моделей организации работы семейного врача (семейные врачи, работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика) взаимоотношения с врачами службы дерматовенерологической помощи остаются неопределенными. Только в некоторых развитых странах (Соединенное Королевство) врачи обслуживают пациентов 24 часа, за исключением состояний, угрожающих жизни пациента, в остальных случаях к больному сначала приходит семейный врач и он принимает решение о помощи.

Теоретически, семейные врачи должны обслуживать пациентов 24 часа. На практике многие из них сейчас передают эту обязанность «замещающим службам», работающим в ночные часы или выходные дни, хотя во многих случаях, даже при критических ситуациях, пациенты обращаются сначала к семейному врачу.

Автор диссертации предлагает нижеследующие модели взаимодействия врача службы дерматовенерологической помощи с семейным врачом:

- модель оказания первичной медицинской помощи без участия семейного врача;
- модель оказания первичной медицинской помощи с участием семейного врача;
- модель оказания первичной медицинской помощи с участием семейного врача при обострениях хронических заболеваний (диспансерных больных);
- смешанная модель – действия по ситуации.

Нами была изучена структура заболеваний из категории патологий диспансерного наблюдения за период 2002-2017 гг., которые являются потенциальными потребителями услуг службы дерматовенерологической помощи и являются индикаторами оценки качества оказываемых услуг.

Вышеуказанный контингент создает поле деятельности для интеграции работы врача службы дерматовенерологической помощи и семейного врача, чтобы разгрузить службу дерматовенерологической помощи.

Количество обслуженных врачами службы дерматовенерологической помощи из числа диспансерных больных на 10000 населения в 2002 году составлял 20,9 против 24,8 в 2019 году.

По сравнению с 2002 годом, когда количество коек составляло 1130, в 2019 году их число достигло 782 ед., или же уменьшилось на 30,0%.

Проведенный нами расчет обеспеченности населения республики дневными койками показал, что в динамике за период наблюдения обеспеченность с 0,04 в 2002 г. уменьшилась до 0,02 коек на 10000 населения. Оборот коек в динамике остался на уровне 26,3 на фоне роста диспансерных больных в 2,0 раза.

Известно, что улучшением преемственности работы службы дерматовенерологической помощи и учреждений ПМСП можно достичь снижения нагрузки на врача дерматовенеролога. В этих целях нами проведен социологический опрос специалистов для определения степени интеграции работы врача дерматовенеролога и семейного врача по специально составленной анкете.

Анкетирование было проведено среди 80 врачей дерматовенерологов и 80 семейных врачей, всего 160 человек. Эти данные приведены в таблице 5.13.

Таблица 5.13. Распределение врачей дерматовенерологов и семейных врачей по стажу работы

Специалист	0-5 лет		6-10 лет		11 и более		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач дерматовенеролог	21	26,2	36	45,0	23	28,8	80	100
Семейный врач	24	30,0	41	51,2	15	18,8	80	100
Всего	45	28,1	77	48,1	38	23,8	160	100

Как видно из таблицы 5.13, врачи, имеющие стаж работы до 5 лет, составили 28,1%, а со стажем 6-10 лет – 48,1% и стажем 11 лет и более составили 23,8% респондентов.

Уровень интеграции семейных врачей и врачей дерматовенерологов распределен по 3 уровням высокий, средний и низкий уровень интеграции, что представлено в таблице 5.14.

Таблица 5.14. Распределение уровня оценки интеграционной работы врача дерматовенеролога и семейного врача

Специалист	Высокая		Средняя		Низкая		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач дерматовенеролог	0	0	13	16,3	67	83,7	80	100
Семейный врач	0	0	7	8,7	73	91,3	80	100
Всего	0	0	20	12,5	140	87,5	160	100

Как показывают данные таблицы 5.14, интеграцию врачей дерматовенерологов и семейных врачей, отмечают как высокий и средний уровни в 16,3% и 8,7% случаев соответственно, а низкий уровень интеграции в 83,7% и 91,3% соответственно.

На вопрос: «Сущность интеграции работы врача дерматовенеролога и семейного врача в чем заключается?». Мнения специалистов об интеграционной работе врача дерматовенеролога и семейного врача представлены в таблице 5.15.

Таблица 5.15. Распределение мнений специалистов о содержании интеграционной работы врача дерматовенеролога и семейного врача

Специалист	Обмен информацией		Совместное обслуживание больных		Затрудняюсь ответить		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач дерматовенеролог	68	85,0	4	5,0	8	10,0	80	100

Продолжение таблицы 5.15

Семейный врач	46	57,5	3	3,7	31	38,8	80	100
Всего	114	71,2	7	4,4	39	48,8	160	100

Из таблицы 5.15 видно, что 85,0% врачей дерматовенерологов и 57,5% семейных врачей отметили обмен информацией, совместное обслуживание больных в 5,0% и 3,7%, соответственно, 10,0 и 38,8%, соответственно, затруднились ответить на поставленный вопрос.

На вопрос: «Для развития интеграционной работы, какой фактор является препятствием?» были получены результаты, которые представлены в таблице 5.16.

Таблица 5.16. Распределение мнений специалистов о причинах, препятствующих интеграционной работе врача дерматовенеролога и семейного врача

Специалист	Фрагментация здравоохранения		Низкий уровень диспансеризации		Уровень организации дерматовенерологической помощи		Затрудняюсь ответить		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач дерматовенеролог	6	7,5	43	53,8	19	23,7	12	15,0	80	100
Семейный врач	9	11,2	31	38,8	24	30,0	16	20,0	80	100
Всего	15	9,4	74	46,2	43	26,9	28	17,5	160	100

Как видно из таблицы 5.16, по мнению респондентов факторы, являющиеся препятствием для развития интеграционных работ, 7,5% врачей дерматовенерологов и 11,2% семейных врачей связывают его с фрагментацией здравоохранения, а также отметили низкий уровень диспансеризации больных в службе дерматовенерологической помощи 53,8% и 38,8% респондентов, соответственно, 23,7% и 30,0% соответственно отметили невысокий уровень организации службы дерматовенерологической помощи и 15,0% и 20,0% респондентов соответственно затруднились ответить на поставленный вопрос.

На вопрос: «Какие факторы способствуют улучшению интеграции работы врача дерматовенеролога и семейного врача?». Респонденты ответили: 35,6% врачей дерматовенерологов и 11,9% семейных врачей предложили организацию «круглосуточного дежурства» врачей, 41,2% и 47,5%, соответственно, считают диспансеризацию основным фактором, улучшающим интеграцию врача дерматовенеролога и семейного врача.

Об улучшении интеграционной работы врача дерматовенеролога и семейного врача приведены мнения респондентов в таблице 5.17.

Таблица 5.17. Распределение мнений специалистов об улучшении интеграционной работы врача дерматовенеролога и семейного врача

Специалист	Расширение дневных стационаров		Развитие информационн ых технологий		Затрудняю сь ответить		Всего	
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%
Врач дермато- венеролог	36	45,0	26	32,5	18	22,5	80	100
Семейный врач	32	40,0	28	35,0	20	25,0	80	100
Всего	68	42,5	54	33,8	38	23,7	160	100

Как видно из таблицы 5.17, респонденты являются сторонниками расширения дневных стационаров – 45,0% врачи дерматовенерологи и 40,0% семейные врачи, развитие информационных технологий поддерживают 32,5% и 35,0%, соответственно, затруднились ответить 22,5% и 25,0% соответственно.

Таким образом, в вопросах интеграции работы врачей дерматовенерологов и семейных врачей нет единого подхода и четко разработанного плана действий, кардинально меняющего ситуацию.

Кроме этого, в Республике Таджикистан в рамках реализации проводимых реформ в секторе здравоохранения, в частности развития смежных дисциплин, в г. Душанбе на основании приказа Управления здравоохранения г. Душанбе №5-5 от 01.02.1998 были открыты совместные работы с другими специалистами: урологи, гинекологи, онкологи, эндокринологи, фтизиатрия, инфекционные болезни и др. специальности.

Таким образом, рациональное использование возможностей консультации и обмен опытом дали хороший результат.

5.2. Вопросы реорганизации службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан

Служба дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан функционирует по принципам, унаследованным от бывшего Советского Союза, и в последние годы в реорганизации и совершенствовании не произошло существенных изменений.

Проведенный нами анализ состояния службы дерматовенерологической помощи республики позволил выявить некоторые тенденции и недостатки в организации этой службы:

- несовершенная, имеющая множество противоречий, нормативно–правовая база, не способствующая социальной поддержке сотрудников, защите прав, их достоинства и развитию службы дерматовенерологической помощи в целом;
- приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №713 от 28.01.2009 «О совершенствовании работы службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан» в плане поэтапной реорганизации остался нереализованным;
- существующая стратегия финансирования основана только на моноканальном бюджетном обеспечении, где альтернативные источники и их механизмы реализации не рассматриваются;
- выражен финансовый дефицит и региональная диспропорция в их распределении, включая неэффективную систему тарификации оплаты труда работников службы дерматовенерологической помощи;
- отсутствие национального уровня управления, единого методического центра и мониторинга качества услуг;
- отсутствие внутриотраслевой координации деятельности экстренных служб, приводящей к необоснованной нагрузке на службу дерматовенерологической помощи и выполнению ею несвойственных ей функций;

- недостаточная преемственность между врачами дерматовенерологами и семейными врачами и других специальностей;
- заметная фрагментация здравоохранения как на уровне смежных структур учреждений ПМСП, так и внутри отрасли;
- протоколы и стандарты оказания медицинской помощи составлены без учета, а также доказательной медицины;
- в плане подготовки и переподготовки кадров – имеются недостатки, несмотря на имеющиеся кафедры дерматовенерологии (для студентов и слушателей), интернатуры, клинические ординаторы, магистратуры, доктор философии (PhD), аспирантуры, докторантуры и доктор по специальности «врача дерматовенеролога»;
- низкая заработная плата не привлекает опытных специалистов, идет тенденция омолаживания кадрового потенциала, влияющая на престиж службы дерматовенерологической помощи;
- сложное социально–экономическое неравенство в регионах, особенно сельской местности, приведшее к кадровой диспропорции в пользу крупных городов и областных центров;
- слабая материально–техническая база, нехватка современного лабораторного оборудования, морально и физически устаревшее медицинское оборудование образца прошлого столетия, отмечается дефицит лекарственного обеспечения и, как следствие, неудовлетворенность населения услугами службы дерматовенерологической помощи;
- внедрение инновационных технологий в службе дерматовенерологической помощи не получило финансовой поддержки и политической настойчивости со стороны регионарных и центральных органов управления здравоохранения;
- неэффективное функционирование кабинетов в составе ЦРБ.

Население данной местности врачи дерматовенерологи обслуживают в зависимости от места расположения кожно-венерологических центров.

Существующая сложность администрирования и дискоординация в системе управления службы дерматовенерологической помощи, включая

систему связи, недостаточный уровень медицинской помощи в стационарах требуют принятия организационно-структурных решений.

Таким образом, функционирование кабинетов службы дерматовенерологической помощи в составе больниц создает сложности в администрировании службы, как следствие, ухудшается оперативность и преемственность службы с другими медицинскими и немедицинскими учреждениями, при этом повышается нагрузка на службу и страдает качество.

Внедрение АСУ и телекоммуникации позволит улучшить систему администрирования, автоматическую обработку информации, повысит оперативность, что создаст условия для коррекции имеющихся организационных и лечебно-диагностических неполадок, включая ресурс-обеспечение, повысит доступность населения к экстренной первичной помощи на 50%, позволит сэкономить как человеческие, так и материальные ресурсы.

Республика Таджикистан со сложным горным рельефом местности, неравномерной плотностью проживания населения и распределения квалифицированных медицинских кадров крайне нуждается в использовании телемедицинских технологий, в том числе на догоспитальном этапе.

Внедрение телемедицины в перспективе позволит приблизить высококвалифицированную медицинскую помощь к месту жительства пациентов, обеспечить их качественное обслуживание с меньшими финансовыми и людскими затратами. К перспективным направлениям относится телемедицина ургентных состояний, чрезвычайных ситуаций и катастроф (ургентная телемедицина). К данному направлению относится внедрение телемедицины в практику оказания неотложной медицинской помощи и обеспечение выживания в экстремальных условиях, а также применение телемедицинских технологий при ликвидации последствий техногенных, природных катастроф и оказании помощи жертвам боевых действий и террористических актов.

Таким образом, современные информационные технологии, уровень развития средства связи позволяют реализовать на практике новые алгоритмы

работы службы дерматовенерологической помощи, значительно улучшить основные показатели деятельности, такие как оперативность, качество и уровень оказания медицинской помощи. Информатизация деятельности службы дерматовенерологической помощи – это прозрачность и управляемость деятельностью службы, следовательно, более рациональное и целенаправленное использование материальных и человеческих ресурсов.

Повседневная практика в деятельности учреждений, оказывающих экстренную помощь, показывает, что не ведется официальная статистика оказания первой помощи, первой медицинской помощи, оказываемых в приемных покоях и лечебных отделениях стационаров.

В современных социально–экономических условиях в вопросах организации медицинской помощи населению в экономически развитых и развивающихся странах имеется тенденция коммерциализации здравоохранения, в том числе в службе дерматовенерологической помощи.

Географический рельеф Республики Таджикистан имеет свои особенности. Горные массивы занимают 93% её территории, в основном расположенные на территории ГБАО, которая составляет 44,5% территории республики, или 62,9 тыс. км².

Население в основном проживает в долинах и у водных источников. Это обуславливает большую неравномерность в размещении населения по территории республики.

Одним из важных факторов, влияющих на доступность населения к службе дерматовенерологической помощи, является плотность проживания населения на 1 км², который в разных регионах республики имеет значительное колебание.

Согласно данным Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан (2017), самый высокий уровень плотности проживания населения на 1 км² отмечается в г. Душанбе, который имеет динамику роста. Если этот показатель в 2002 году составлял - 5894,0, то в 2017 году достиг уровня - 8162,0 человек на 1 км² или вырос в 1,4 раза.

Во всех районах ГБАО за период 2002 - 2017 гг. отмечается низкая плотность проживания населения: в г. Хороге от 3,3 до 3,5; в районах Ванч с 6,7 до 7,6; Дарвоз 9,0 - 8,3; Ишкашим 7,4 – 8,7; Рошткала 5,8 – 6,2, Рушан и Шугнан 4,2 – 4,3 и 8,0 – 8,1, соответственно. Очень низкая плотность проживания населения зарегистрирована в Мургабском районе, за период наблюдения составляет 0,4 человека на 1 км².

В некоторых районах республиканского подчинения, в частности в гг. Турсунзаде и Гиссар, за период 2002 – 2017 гг. плотность проживания относительно высокая и составляет 170,8 – 238,5 и 213,1 – 293,9 соответственно. Относительно невысокий уровень плотности проживания имеет место в районах Рудаки 158,7 – 272,50, Файзобод 80,4 – 109,7, Шахринав 85,2 – 117,5.

В районах Варзоб, Нуробод, Таджикобод этот показатель за период наблюдений варьирует с 32,5 до 87,0. Относительно низкий показатель зафиксирован в районах Лахш, Рашт, где плотность проживания не превышает 26,6. Во всех вышеназванных районах показатель плотности проживания населения в динамике имеет достаточно интенсивный рост. Сангворский район имеет низкую плотность проживания населения: если в 2002 году этот показатель составлял 2,4, то в 2017 году вырос до 3,7 человек на 1 км².

В Согдийской области плотность проживания в районах Дж. Расулова, Истаравшан, Исфара, Канибадам и Спитамен относительно высокая с положительной динамикой, что составляют 339,7 - 447,7, 273,9 - 375,0, 257,6 – 331,4, 255,3 – 342,0, 206,5 - 256,9, соответственно.

Относительно средний показатель плотности проживания населения сохраняется в районах Зафаробод - на уровне 102,2 - 181,0, Б. Гафурова 100,0 – 136,1, Мастча 89,4 – 122,6, Деваштич 75,0 – 103,6, Пенджекент и Ашт 41,2 - 78,5.

По области самый низкий показатель плотности проживания населения имеет место в районах Айни 12,0 - 15,6 и Кухистони Мастчоҳ, не превышает 6,5

чел. на 1 км². В среднем, по Согдийской области этот показатель варьирует с 77,3 в 2002 году до 103,5 к концу 2017 года.

Следует отметить, что показатель плотности проживания населения в Хатлонской области имеет положительную динамику, её уровень составляет от 83,5 до 129,5. Максимальные показатели отмечены в Кулябском районе (с охватом г. Куляб) - от 526,3 до 693,3. Относительно высокий уровень показателя отмечен в г. Леваканд, который составлял от 320,0 до 464,0, в районах Кушониён 307,5 – 391,5, Хамадони 224,8 -387,8, Восе 195,1 – 250,6, Вахш 133,1 – 190,5, А.Джами 191,5 – 278,2, Дж. Балхи с 150,2 до 212,9 и Яван показатель был равен 145,9 – 246,9, соответственно.

В остальных районах Хатлонской области колебание вышеуказанного параметра в 2002 г. составляло 29,6, а к концу 2017 г. достигло уровня - 148,0, кроме районов Балджуван, Ховалинг и Ш. Шохин, где показатель не превышает 33,1 чел. на 1км². В целях дальнейшего усовершенствования работы службы дерматовенерологической помощи нами изучена плотность проживания населения в городах республики удельный вес городских и сельских жителей республики.

В Республике Таджикистан имеется 18 городов и 75 посёлков городского типа, где проживают 2354,2 населения, или 26,9% от общего количества жителей.

Из них на долю крупных городов приходится (более 500 тыс. населения - г. Душанбе) 5,2% населения, больших городов с населением от 300 тыс. до 500 тыс. чел. – 10,5%, в городах с населением от 100 тыс. до 300 тыс. проживают 47,3% населения. Число жителей в городах с населением от 50 тыс. до 100 тыс. составляет всего 5,2%, в городах с населением менее 50 тыс. - 36,8% населения. В посёлках городского типа с населением от 300 тыс. до 500 тыс. проживают 11,4%, от 100 тыс. до 300 тыс. – 38,5, от 50 тыс. до 100 тыс. населения - 17,5%, с числом населения менее 50 тыс. - 22,8%.

В городе Душанбе с плотностью 8314,0 человек на 1 км² проживают 1,7% от общего числа городских жителей. В городах с плотностью проживания 500

на 1 км² проживают 3,5%, с плотностью более 300 чел. - 10,5%, более 100 чел. - 26,6%, более 50 чел. – 26,3%, менее 10 чел. на 1 км² - 14% населения.

Согласно данным Агентства по гидрометеорологии Комитета по охране окружающей среды при Правительстве Республики Таджикистан, высота расположения населенных пунктов колеблется от 318 (Айнинский район) до 3930 метров над уровнем моря (Мургабский район).

Необходимо отметить, что из дислоцированных в административно-территориальных центрах учреждений службы дерматовенерологической помощи 10 находятся на высоте 2000 и более над уровнем моря, в том числе в Хатлонской области - 1, Согдийской области - 2, РРП - 1 и ГБАО – 6.

По данным гидрометеорологической службы в районных центрах ГБАО, расположенных на высоте более 2000 метров, средняя температура воздуха ниже 13°C, в частности в Дарвазском районе - 12,3°C, в Ванчском – 9,9°C, в Рушанском – 9,2°C, в г.Хороге – 9,3°C, в Ишкашима – 7,5°C, в Мургабе – 0,3°C. В зимний период средняя температура колеблется от 0°C до - 6,2°C. Данные показатели необходимо учитывать в ходе планирования и финансирования службы дерматовенерологической помощи при разработке нормативных расчетов приобретения тёплой одежды для персонала и пациентов, подлежащих транспортировке, а также при закупке спецтехники и ГСМ.

В целях усиления социальной защищенности работников, с учетом неблагоприятных физико-географических, климатических и медицинских факторов и в условиях дискомфорта быта и работы в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах принято Постановление Правительства Республики Таджикистан «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах», №303 от 03.05.2014, согласно которому Министерством здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан и Министерством финансов Республики Таджикистан совместно утверждена инструкция по начислению районных коэффициентов за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах. Согласно этому документу, для

работников всех отраслей за работу в высокогорных районах утверждены следующие коэффициенты: на высоте от 2000 до 2300 метров - 1,15; на высоте от 2300 до 2500 метров - 1.18; на высоте от 2500 до 3000 метров - 1,20; на высоте свыше 3000 метров - 1.30. Кроме того, для работников всех отраслей за работу в особых климатических условиях установлены следующие размеры районных коэффициентов: Горно-Бадахшанская автономная область - 1,20; города Рогун - 1,15 и Нурек – 1,15.

Размер суммы надбавки коэффициентов определен Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 3 мая 2014 года, №303 «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах». Наряду с этим часть сотрудников службы дерматовенерологической помощи (врачи, средние медицинские работники) включены в список производств, цехов, профессий и должностей с вредными и тяжелыми условиями труда, утвержденный постановлением Правительства Республики Таджикистан №521 от 31 декабря 2002 г. (внесены изменения и дополнения Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2007 г., №658), что дает им права на сокращенный рабочий день и ежегодный дополнительный отпуск. Географические рельефы, климатические и демографические условия республики создают предпосылки для неравномерного доступа населения к услугам скорой медицинской помощи.

5.2.1. Алгоритм действий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан

Нами разработан алгоритм действий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан (таблица 5.18).

Таблица 5.18. - Алгоритм действий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан

№	Наименование мероприятий	Механизм исполнения
1. На законодательном уровне		
1.1	Организация догоспитального этапа службы дерматовенерологической помощи (дневное время суток) на базе медицинских служб ведомственных учреждений (МВД, КНБ, Минюст)	Внесение изменений в устав медицинских служб ведомственных учреждений
2. На уровне Правительства Республики Таджикистан		
2.1	Обеспечение координации деятельности службы дерматовенерологической помощи	Национальный комитет по координации деятельности СДВП
2.2	Принятие целевых программ по развитию службы дерматовенерологической помощи	Постановление Правительства РТ
2.3	Разработка перспективного плана развития служб быстрого реагирования, включая службы дерматовенерологической помощи	Постановление Правительства РТ
2.4	Организация в структуре центрального аппарата МЗ и СЗН РТ управления электронного здравоохранения	Внесение изменений в положение о МЗ и СЗН РТ
3. На уровне меж секторального сотрудничества		
3.1	Подготовка и переподготовка квалифицированных специалистов дерматовенерологов, включение в программу высших медицинских учебных заведений, обучение в интернатуре, магистратуре, ординатуре и аспирантуре.	Соответствующее соглашение Министерства экономического развития и торговли Республики Таджикистан, Министерства образования РТ и МЗ и СЗН РТ
3.2.	Повышение квалификации преподавателей вузов и сузов по предмету формирования здорового образа жизни на базе ГОУ «Институт последиplomного образования в сфере здравоохранения Республики Таджикистан»	Соответствующее соглашение между МЗ и СЗН РТ и Министерством образования
4. На уровне Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан		
4.1	Обеспечение координации деятельности медицинских служб, создание совета при МЗ и СЗН РТ	Соответствующий приказ МЗ и СЗН РТ

Продолжение таблицы 5.18

4.2	Пересмотр нормативных баз с учетом геоклиматических и демографических условий	Внесение изменений в соответствующий приказ МЗ и СЗН РТ
4.3	Пересмотр отчетно-учетной документации, позволяющей определить потребность населения в дерматовенерологической помощи	Внесение изменений в соответствующий приказ МЗ и СЗН РТ
4.4	Разработка клинических протоколов с учетом работы	Внесение изменений в соответствующий приказ МЗ и СЗН РТ
4.5	Организация научного журнала «Дерматовенерология»	Инициатива учредителя
4.6	Улучшить работу Ассоциации сотрудников службы дерматовенерологической помощи	Привлечение медицинской общественности
4.7	Работа со средствами массовой информации (СМИ)	Распоряжения Пресс-центра МЗ и СЗН РТ
5. На уровне региональных органов здравоохранения		
5.1	Укрепление научно-методической базы службы дерматовенерологической помощи путем улучшения работы на дерматовенерологических кафедрах университетов и медицинских институтов	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.2	Развитие инфраструктуры службы дерматовенерологической помощи	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.3	Обеспечение службы дерматовенерологической помощи, центров и отделений службы дерматовенерологической помощи транспортом, медоборудованием и оснащение лаборатории в соответствии с условиями	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.4	Развитие информационно-коммуникационной технологии службы дерматовенерологической помощи	Решение исполнительного органа государственной власти на местах
5.5	Рационализация использования врачебных штатов с учетом плотности населения	Соответствующие штатно – нормативные данные

5.2.2. Оценка эффективности взаимодействия службы дерматовенерологической помощи с профильными службами других ведомств

Координация деятельности центральных и местных исполнительных органов государственной власти в области здравоохранения по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций возложена на Министерство здравоохранения страны.

В условиях дефицита финансовых и технических ресурсов и ресурсоемкости службы дерматовенерологической помощи только комплексный подход к организации деятельности данной службы может гарантировать значительный успех в улучшении качества работы.

Нами в диссертации выделены следующие направления взаимодействия службы дерматовенерологической помощи.

1. В государственной системе здравоохранения:

- с сельскими и городскими центрами здоровья, семейными амбулаториями;
- со стационарами;
- санитарно-эпидемиологической станцией;
- дезинфекционной станцией.

2. Государственные медицинские учреждения, не входящие в государственную систему здравоохранения:

- медицинские службы ведомственных учреждений, в том числе исправительные и закрытые, здравпункты различных объектов.

3. Частные медицинские учреждения.

4. Немедицинские учреждения:

- спасательные группы Комитета по гражданской обороне и защите населения при чрезвычайных ситуациях;
- местные органы власти;
- местные отделения связи;
- Государственная автомобильная инспекция;
- пожарная охрана;

- Агентство по прогнозированию погоды;
- технические сервисные мастерские;
- связь с общественностью и СМИ.

На протяжении долгих лет остается до конца нерешенным вопрос взаимодействия службы дерматовенерологической помощи со стационарными учреждениями. На практике ведомственный барьер работает не в пользу пациентов. Для решения проблемы мы предлагаем провести организационно–структурные изменения в пользу обмена данными. Речь идет о своевременном извещении, о венерическом заболевании в дерматовенерологических учреждениях. А при выявлении сопутствующих кожных заболеваний провести соответствующие консультации и высококвалифицированное лечение.

Географический рельеф Республики Таджикистан (РТ) имеет свои особенности. Население страны, в основном, проживает в долинах и у водных источников. Это обуславливает большую неравномерность в размещении населения по территории республики.

Таким образом, оптимизация деятельности службы требует соблюдения рекомендаций ВОЗ, таких компонентов как качество медицинского обслуживания (эффективность, экологичность, адекватность и научно-технический уровень), для чего необходимо было разработать алгоритм приёма, обследования и лечения больных с венерическими заболеваниями в зависимости от места их проживания, а при отсутствии лабораторных методов обследования проведение посиндромного лечения с учетом жалоб больных.

В период реформирования отрасли большую значимость приобретают медико-социальные исследования, позволяющие изучить мнение населения о происходящих изменениях в медицинских учреждениях, планировать организацию медицинской помощи, вносить современные коррективы в организацию медицинской помощи. С возрастом увеличивается доля лиц, обратившихся за медицинской помощью в дерматовенерологическую службу.

Начинаются профессиональные взаимоотношения и преемственность между семейным врачом, врачом венерологом и другими специалистами

(урологи, гинекологи, онкологи, эндокринологи, фтизиатры, инфекционисты) в зависимости от доступности специализированной помощи, как на госпитальном, так и на до госпитальном этапах, вне зависимости от существующих моделей организации работы семейного врача (работающие в индивидуальном порядке, групповая врачебная практика), что приводит к снижению нагрузки на врача дерматовенеролога.

Проведенный анализ состояния службы выявил некоторые тенденции и недостатки в организации этой службы, такие как: функционирование службы по принципам, унаследованным от бывшего Советского Союза, отсутствие существенных реорганизации и совершенствования; несовершенная, имеющая множество противоречий, нормативно-правовая база, не способствующая социальной поддержке сотрудников, защите прав, их достоинство и развитию службы в целом; принятый приказ МЗ РТ №713 от 28.01.2009 «О совершенствовании работы службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан» в плане поэтапной реорганизации службы остался нереализованным; существующая стратегия финансирования основана только на моноканальном бюджетном обеспечении, сохраняется финансовый дефицит и региональная диспропорция в их распределении, включая неэффективную систему тарификации оплаты труда работников; отсутствие национального уровня управления единого методического центра и мониторинга качества услуг; отсутствие внутриотраслевой координации деятельности экстренных служб; недостаточная преемственность между врачами дерматовенерологами, семейными врачами и врачами других специальностей, отсутствие элементов доказательной медицины при составлении протоколов и стандартов оказания медицинской помощи; низкая заработная плата для привлечения опытных специалистов; сложное социально-экономическое неравенство в регионах (особенно в сельской местности), приведшее к кадровой диспропорции в пользу крупных городов и областных центров; слабая материально-техническая база, нехватка современного лабораторного оборудования, морально и физически устаревшее медицинское оборудование образца прошлого столетия;

недополучение финансовой поддержки и политической неустойчивости со стороны региональных и центральных органов управления здравоохранения при попытке внедрения инновационных технологий в службе дерматовенерологической помощи.

Для приближения высококвалифицированной медицинской помощи к месту жительства пациентов с наименьшими финансовыми и людскими затратами, - имеются необходимость в перспективе внедрение телемедицины в том числе ургентная.

Таким образом, при своевременное использование современные информационные технологии и средства связи позволяют на практике новые алгоритмы работы службы дерматовенерологической помощи, позволяющие значительно улучшить основные показатели деятельности такие как оперативность, качество и уровень оказания медицинской помощи. В современных социально-экономических условиях в вопросах организации медицинской помощи населению республики имеется тенденция коммерциализации здравоохранения, в том числе в службе дерматовенерологической помощи.

Разработанный алгоритм действий по совершенствованию службы дерматовенерологической помощи в республике охватывает законодательными уровень, уровень Правительства Республики Таджикистан, меж секторальное сотрудничество, уровень Министерсво здравоохранения и социальной защиты населения Республики и уровень региональных органов здравоохранения.

С целью повышения эффективности и оптимизации службы оказания специализированной высококачественной дерматовенерологической помощи нами был разработан алгоритм приема, обследования и лечения больных с кожными и венерическими заболеваниями в зависимости от места их проживания, а при отсутствии лабораторных методов исследования проведение посиндромного лечения с учетом жалоб больных.

В связи с этим мы поставили перед собой задачу изучить эпидемиологию, особенности клинического течения, современные методы лабораторного

исследования и способы терапии пациентов с ИППП в РТ. Ниже приводятся результаты проведенного исследования.

ГЛАВА 6. Эпидемиология ИППП, клинико-иммунологические особенности и лечение больных хроническими бактериальными урогенитальными инфекциями в Республике Таджикистан

6.1 Эпидемиология ИППП в Республике Таджикистан

В 90-е годы в Республике Таджикистан, как и других странах СНГ, возникших после распада СССР, отмечался рост числа заболеваний, передающихся половым путем, особенно сифилиса (рисунок 6.1).

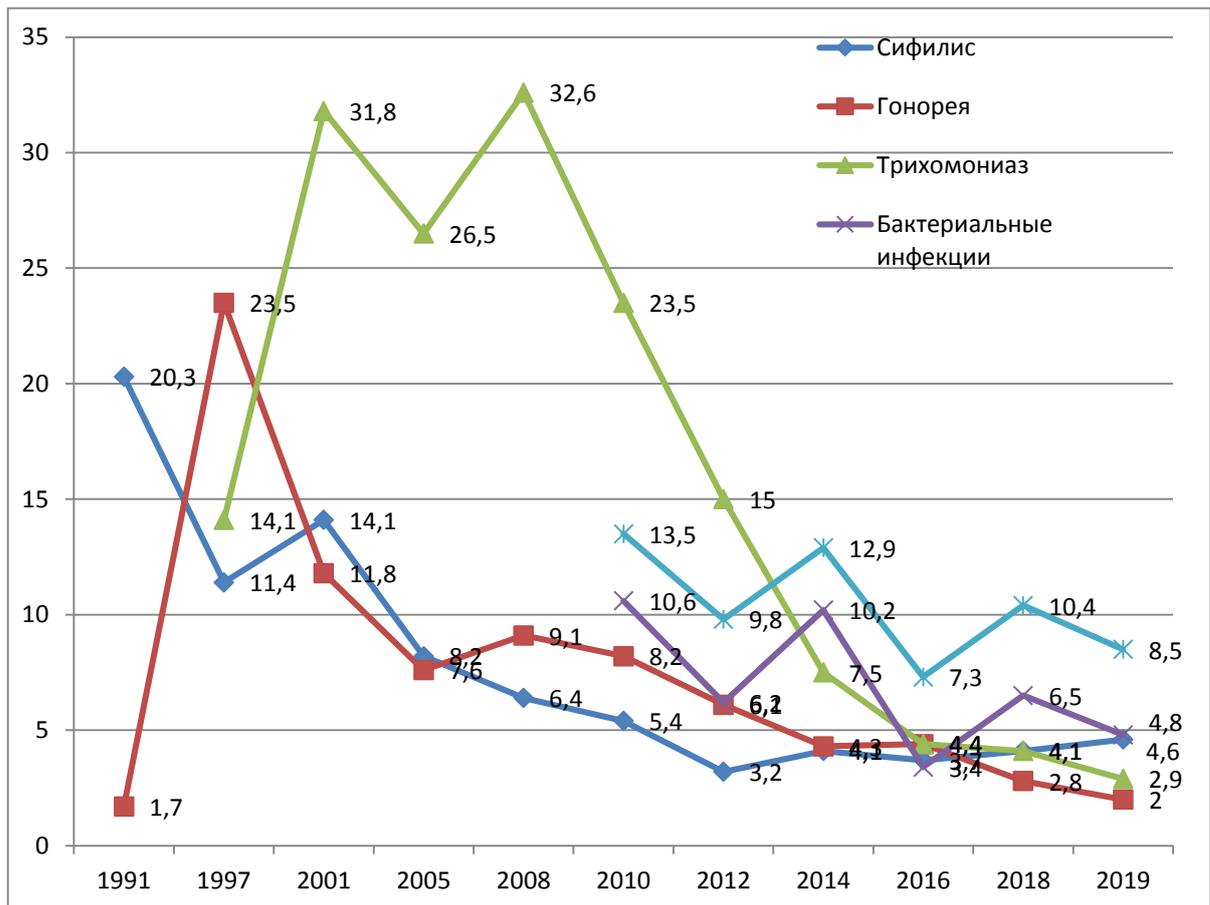


Рисунок 6.1. Заболеваемость ИППП по Республике Таджикистан с 1991 по 2019 гг. на 100 тыс. населения

Как видно из данных рисунка 6.1, если в 1991 году заболеваемость сифилисом в РТ на 100 тысяч населения составляла 20,3, то, начиная с 1992 года, она начала снижаться. Наибольшая заболеваемость отмечалась в 2001 году – 14,1 на 100 тысяч населения, то есть рост частоты сифилиса отмечался почти в 5 раз. Начиная с 2001 года, отмечается снижение заболеваемости сифилиса,

что в 2019 составило 4,6 на 100 тысяч населения. Это данные официальной статистики. На самом деле данные официальной статистики минимум в 3-4 раза ниже фактической. Особенный рост заболеваемости сифилисом был в столице республики, где интенсивный показатель составил 73,6 на 100 тысяч населения. Появились случаи врожденного сифилиса. В 1997 году по республике было выявлено 9 случаев врожденного сифилиса, в 1998 году – 4, в 2000 – 8.

Заболеваемость гонореей в РТ на 100 тысяч населения составляла 1,7, а, начиная с 1992 года, она начала расти. Наибольшая заболеваемость отмечалась в 1997 году – 23,5 на 100 тысяч населения, то есть рост частоты гонореей отмечался почти в 15 раз. Начиная с 2010 года, отмечается снижение заболеваемости гонореей и в 2019 составило 2,0 на 100 тысяч население.

Заболеваемость трихомониазом на 100 тысяч населения составляла 14,1. Заболеваемость трихомониазом, начиная с 2001 года, начала расти и в 2008 года составила 32,6 на 100 тысяча населения.

Это данные официальной статистики. На самом деле данные официальной статистики минимум в 4-5 раза ниже фактической. Наиболее выраженный рост заболеваемости ИППП был в столице республики, г. Душанбе.

Росту ИППП способствовали очень многие факторы и в первую очередь гражданская война, которая привела к ухудшению социально-экономического развития страны, массовой миграции населения, как внутри страны, так и за ее пределами, безработице, росту числа лиц, потребляющих наркотики, деструкции координированной деятельности между кожно-венерологической службой и другими ведомствами, увеличению потока порнографических фильмов, падению нравственности и, как следствие этого, увеличению числа работников коммерческого секса.

Заболеваемость гонореей, начиная с 2001 года, стала снижаться, и в 2019 году составляла 2,0. Заболеваемость трихомониаза с 2010 год начало снижаться, а в 2019 год составила 2,9.

Заболеваемости бактериальными и вирусными инфекциями начали определять с 2010 г, что составило 10,6 и 13,5 на 100 тысяч населения соответственно. Как показывает таблица 6.1, заболеваемость данными инфекциями колебалась и в 2019 год составила 4,8 и 8,5 соответственно на 100 тысяч населения. Начиная с 2014 год, отмечается снижение заболеваемости ИППП.

Резкое снижение заболеваемости гонореей, а также данные по ИППП последних лет, не отражают истинную картину, так как многие больные ИППП и другими уретритами лечатся у врачей других специальностей или занимаются самолечением. Это можно убедительно продемонстрировать по данным статистики. По многолетним данным статистики бывшего СССР и других стран соотношение больных сифилисом и гонореей составляет 1:7, – 1:10, т.е. на одного больного сифилисом приходилось 7-10 больных гонореей. Статистика ВОЗ последних лет также подтверждает это. По данным ВОЗ, на одного больного сифилисом приходится 5-7 больных гонореей. Такая тенденция до начала 90-х годов держалась и в Таджикистане. Как видно из таблицы 6.1 в начале 90-х годов в нашей стране на одного больного сифилисом приходилось 10-13 больных гонореей, а к середине 90-х годов, особенно начиная с 1998 г и до настоящего времени происходит парадокс – на 2-3 больных сифилисом приходится 1 больной гонореей. Это и указывает на то, что подавляющее большинство больных гонореей не доходят до дерматовенерологов, а их лечат врачи и даже средний медперсонал других специальностей или больные занимаются самолечением. По поводу бактериальных и вирусных инфекций статистический учет не проводится, все данные взяты у лаборатории кожных больницы и частных диагностических центрах, что не отражает истинную картину заболеваний.

В г. Душанбе отмечается рост заболеваемости сифилисом. В 2010 году показатель заболеваемости сифилисом составил 6,7 на 100 тысяч населения, в 2019 г. он вырос в 1,8 раза и составил 12,9 на 100 тысяч населения.

Контингент больных ИППП был следующим (рисунок 6.2)

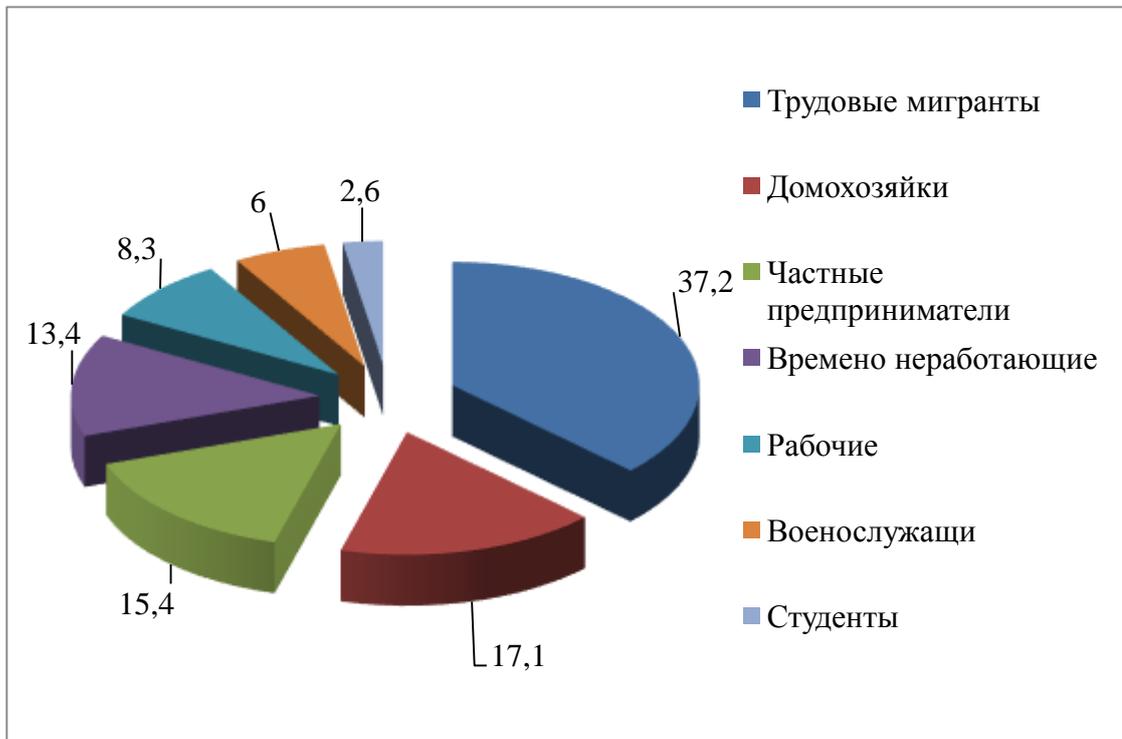


Рисунок 6.2. Контингент больных ИППП (%).

Как видно (рисунок 6.2), большинство больных ИППП составляли трудовые мигранты, домохозяйки и частные предприниматели (соответственно 37,2%, 17,1% и 15,4%). Среди больных ИППП за последние годы в республике резко возросла доля женщин-домохозяек (большинство – жители села), трудовые мигранты и частные предприниматели. Так, если в 1991 году домохозяйки и временно неработающие в структуре больных ИППП составили соответственно 2,5% и 2%, в 1997 году эти цифры возросли до 32,8% и 20,8%, а в 2009 году еще выше – 38% и 39%. Рост заболеваемости ИППП среди домохозяек объясняется тем, что у большинства из них мужья (рабочие-мигранты, преимущественно жители села) уезжают на заработки в другие страны СНГ, где заражаются ИППП, и в ходе временного приезда домой инфицируют своих жен. Кроме того, немалая часть домохозяек занимается «челночным» бизнесом и может заразиться ИППП от других мужчин или вынуждена зарабатывать «коммерческим» сексом.

В зависимости от возраста больные распределились следующим образом (рисунок 6.3).

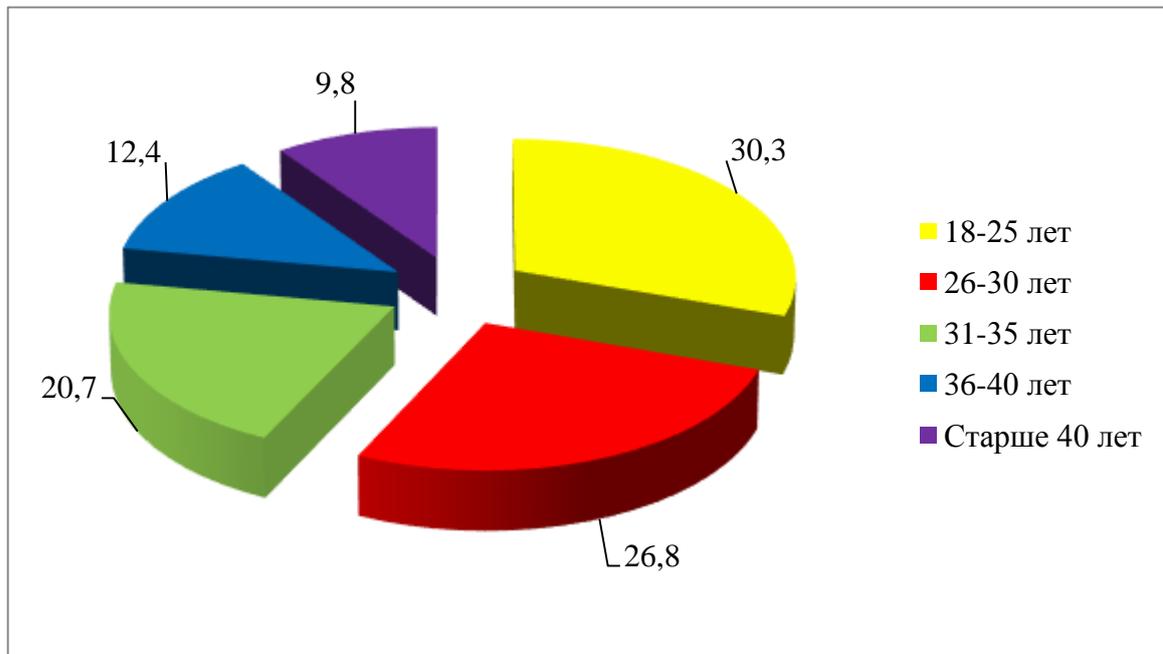


Рисунок 6.3. Распределение больных ИППП по возрасту (%).

Как видно (рисунок 6.3), большинство больных ИППП находились в возрасте от 18 до 35 лет. Настораживает рост больных среди молодых трудоспособных людей.

В 2019 г. в Республике Таджикистан заболеваемость ИППП составила 22,8 на 100 тыс. населения. По сравнению с 1997 г. было достигнуто снижение показателя заболеваемости ИППП всего населения в 2,5 раза (в 1997 г. было 57,7 на 100 тыс. населения), а в 2010 г. этот показатель был равен 61,2 на 100 тыс. населения (рис. 6.1). На протяжении периода 2001, 2010 и 2019 гг. значительно снизилась заболеваемость трихомониазом (было 31,8, снизилось с 23,5 до 2,9 на 100 тыс. населения соответственно), бактериальной инфекцией на протяжении периода 2010 и 2019 гг. (хламидиоз, уреаплазмоз и микоплазмоз) (с 10,6 до 4,8 на 100 тыс. населения) и вирусной инфекцией (с 13,5 до 4,8 на 100 тыс. населения) соответственно. Тем не менее, показатели заболеваемости этими нозологиями в Республике Таджикистан остаются высокими среди всех подлежащих статистическому наблюдению инфекций, передаваемых преимущественно половым путем (рис. 6.1).

За тот же период наибольшее снижение претерпела заболеваемость гонококковой инфекцией – с 23,5 на 100 тыс. населения в 1997 г. до 8,2 на 100

тыс. населения в 2010 г до 2,0 на 100 тыс. населения в 2019 г. В результате этого показатель заболеваемости гонококковой инфекцией в 2019 г. находится на последнем ранговом месте среди всех ИППП (рис. 6.1).

Заболеваемость сифилисом за этот период значительно снизилась с 31,8 на 100 тыс. населения в 1991 до 6,4 на 100 тыс. населения 2010 г. до 4,6 на 100 тыс. населения в 2019 г. (рис. 6.1).

Заболеваемость ИППП мужского и женского населения Республики Таджикистан. Заболеваемость ИППП женского населения Республики Таджикистан на протяжении всего рассматриваемого периода превышает заболеваемость ИППП среди мужчин. В 2010 г. соответствующие показатели зарегистрированы на уровне 38,3 на 100 тыс. женского населения и 22,9 на 100 тыс. мужского населения, а в 2019 г. – на уровне 12,2 и 10,6 соответственно.

Структура заболеваемости ИППП женского и мужского населения Республики Таджикистан имеет различия. В структуре заболеваемости ИППП женского населения в 2019 г. преобладают вирусные инфекции (40%). Доля бактериальной инфекции в структуре заболеваемости женщин составляет 18%, трихомониаз – 16%, сифилиса – 14% и гонококковой инфекции – 12%. Для мужчин характерно несколько более равномерное распределение нозологий в структуре заболеваемости. Максимальный удельный вес приходится на бактериальную инфекцию (26%), сифилис составляет 22%, на вирусную инфекцию – 20%, трихомониаз – 18%, гонококковую инфекцию – 14%.

В 2019 г. мужчины лидируют по показателям заболеваемости бактериальной инфекцией и сифилисом. Для женщин характерна несколько более низкая заболеваемость гонококковой инфекцией и существенно более высокая заболеваемость вирусной инфекции по сравнению с мужчинами. Именно заболеваемостью вирусной инфекции обусловлен более высокий показатель заболеваемости женщин ИППП в целом. Показатели заболеваемости бактериальными ИППП мужского и женского населения существенно не различаются.

Процент снижения заболеваемости трихомониазом и гонококковой инфекцией среди мужчин и женщин соответственно был примерно одинаковым.

Динамика заболеваемости ИППП в различных возрастных группах населения. На протяжении рассматриваемого периода происходят изменения возрастной структуры больных с вновь установленным диагнозом «сифилис». Если в 2010 г. среди всех зарегистрированных случаев сифилиса 45,9% приходились на возрастную группу 18–30 лет, 29,8% – на возрастную группу 31–40 лет и 24,3% – на возрастную группу 41 лет и старше, то в 2019 г. более половины всех случаев сифилиса (51,8%) зарегистрировано среди населения 41 лет и старше, 28,5% – в возрастной группе 31–40 лет и только 19,7% всех случаев было зарегистрировано в возрастной группе 18–30 лет (рис. 6.3).

Стоит отметить, что доля случаев, регистрируемых среди населения в возрасте 40 лет и старше, увеличивается не только в возрастной структуре поздних и других неуточненных форм сифилиса, но и в структуре ранних форм сифилиса.

Аналогичная тенденция к увеличению доли случаев, регистрируемых среди населения в возрасте 31 год и старше, прослеживается для бактериальной инфекции, вирусной инфекции, трихомониаза и гонококковой инфекции.

Заболеваемость ИППП в различных возрастно-половых группах населения от 18 лет и старше

Сифилис. На протяжении 2011–2019 гг. в Республике Таджикистан наблюдалось снижение заболеваемости населения сифилисом. В разных возрастно-половых группах населения динамика показателей заболеваемости различными формами сифилиса имеет разную направленность. В 2011 г. наиболее высокие показатели заболеваемости ранними формами сифилиса были зарегистрированы в возрастной группе 18–30 лет, при этом показатели заболеваемости среди женщин были выше показателей заболеваемости среди мужчин этой возрастной группы. Напротив, в возрастных группах 31–40 лет и 41 лет и старше заболеваемость была выше среди мужчин, чем среди женщин.

С 2015 г. самые высокие показатели заболеваемости регистрируют среди мужчин в возрасте 31–40 лет.

Как уже было неоднократно опубликовано ранее, с 2010 г. в Республике Таджикистан зарегистрирован выраженный рост числа случаев сифилиса, выявленных среди мигрантов и их жен. В последние годы также основная доля случаев сифилиса приходится на мигрантов и их жен, прибывших из других стран. Согласно данным статистики, в последние годы число мигрантов в РФ и других странах увеличилось.

Гонококковая инфекция. Самые высокие показатели заболеваемости гонококковой инфекцией на протяжении всего периода 2010–2019 гг. регистрируют среди мужчин в возрасте 18–30 и 31–40 лет, а также среди женщин 18–30 лет.

Для данной нозологии можно отметить выраженный разрыв между показателями заболеваемости, зарегистрированными в более старших и в молодых группах населения: в 2010 г. заболеваемость гонококковой инфекцией мужчин 18–30 лет в 20 раз превышала заболеваемость мужчин в возрасте 41 лет и старше, а заболеваемость женщин в возрасте 18–30 лет в 17 раз превышала заболеваемость женщин 41 лет и старше. Тем не менее на протяжении рассматриваемого периода 2010–2019 гг. наблюдается некоторое сокращение этого разрыва, среди мужчин – до 15-кратного, среди женщин – до 13-кратного.

Во всех изучаемых группах населения наблюдается стабильное снижение заболеваемости гонококковой инфекцией, при этом с 2015 г. во всех изучаемых группах можно отметить выраженное ускорение годовых темпов снижения заболеваемости.

Хламидийная инфекция. В Республике Таджикистан хламидийная инфекция с 2010 г. занимает лидирующее место в структуре заболеваемости ИППП мужчин. На протяжении всего периода 2010–2019 гг. хламидийная инфекция занимает второе место в структуре заболеваемости женщин.

Максимальные показатели заболеваемости хламидийной инфекцией характерны для возрастной группы 18–30 лет. В 2010 г. заболеваемость среди

женщин этой возрастной группы достигала уровня 6,4, среди мужчин – 4,2 на 100 тыс. соответствующего населения, в 2019 г. показатели снизились до 2,9 и 1,9 соответственно.

Так же, как и для гонококковой инфекции, характерен показатель заболеваемости в более старших группах населения: в 2010 г. заболеваемость гонококковой инфекцией среди мужчин 18–30 лет в 10 раз превышала таковую среди мужчин в возрасте 41 лет и старше, заболеваемость среди женщин 18–30 лет в 18 раз превышала аналогичный показатель среди женщин 41 лет и старше. Это обусловлено более интенсивным снижением заболеваемости в старших возрастных группах: чем старше возрастная группа, тем выше средние годовые темпы снижения заболеваемости, а также общий процент ее снижения за рассматриваемый период.

Трихомониаз. Во всех возрастных группах заболеваемость трихомониазом выше среди женского, чем среди мужского населения. Самые высокие показатели заболеваемости на протяжении всего периода зарегистрированы среди женщин 18–30 лет. Разрыв показателей заболеваемости трихомониазом между женщинами и мужчинами увеличивается с возрастом. В 2019 г. заболеваемость трихомониазом женщин в 2,8 раза выше заболеваемости мужчин в возрастной группе 18–30 лет, в 3,7 раза – в возрастной группе 31–40 лет и в 3,6 раза – в возрастной группе 41 лет и старше. Более высокие темпы снижения заболеваемости характерны для возрастной группы 18–30 лет.

Вирусная инфекция. Заболеваемость ВИ наиболее высока среди женского населения в возрасте 18–30 и 31–40 лет. В этих же группах зарегистрировано наиболее интенсивное снижение заболеваемости за период 2010–2019 гг.

Заключение. На фоне общей динамики снижения заболеваемости инфекциями, передаваемыми преимущественно половым путем, среди всего населения Республики Таджикистан за период 2010–2019 гг. можно отметить:

1) во всех изученных возрастно-половых группах взрослого населения прослеживается стабильное снижение заболеваемости сифилисом, гонококковой инфекцией, трихомониазом и бактериальной инфекцией;

2) в структуре заболеваемости ИППП, за исключением бактериальной инфекции, наблюдается увеличение доли случаев среди лиц в возрасте 41 лет и старше;

3) среди мужского населения 41 лет и старше за период 2010–2019 гг. зарегистрирован рост заболеваемости вирусными ИППП:

4) более высокая заболеваемость женского населения всеми ИППП в целом обусловлена более высокими регистрируемыми показателями заболеваемости трихомониазом.

6.2. Клиника хронических урогенитальных инфекций у обследованных больных.

6.2.1. Клиника хронических урогенитальных инфекций у мужчин.

Для выявления особенностей клинического течения разных хронических бактериальных УГИ обследованные больные в зависимости от активности половой жизни были разделены на 2 группы. Первую группу (группа высокого риска) составили 102 больных, которые вели интенсивный (беспорядочный) сексуальный образ жизни, у них в течение одного года было до 15 – 20 и более половых партнеров. Вторую группу (группа сравнения) составили 98 пациентов, которые в течение последних лет имели от 1 до 3 половых партнеров в год.

За медицинской помощью самостоятельно обратились 56,9% (n= 56) больных основной группы, выявлены как половые контанты - 44 (43,1%.

Среди пациентов 1 группы в плохих материальных и бытовых условиях жизни росли большинство больных: в отсутствии отца - 24 (23,5%) больных, в отсутствии матери – 18 (17,7%), без обоих родителей – 11 (10,8%), в группе сравнения - соответственно 22 (22,4%), 9 (9,2%) и 4 (4,1%). Высшее

образование в основной группе имели 11 (10,8%) больных, среднее специальное – 29 (28,4%), среднее – 47 (46,1%), незаконченное среднее – 16 (15,7%), в группе сравнения - соответственно 22 (22,4%), 23 (23,5%), 43 (43,9%) и 10 (10,2%). Женаты были 38 (37,3%) пациентов основной группы, разведены - 25 (24,5%), холосты - 39 (38,2%), в контрольной группе - соответственно 65 (66,3%), 11 (11,2%) и 22 (22,4%). В основной группе сексуальная жизнь началась, в среднем, в возрасте $17,2 \pm 1,5$ лет, во 2-й – в $19,5 \pm 1,7$ лет.

ИППП перенесли 80,4% (n= 82) больных первой группы и 57,1% (n= 56) – второй, что в 1,4 раза меньше ($p < 0,05$).

У 67 (33,5%) больных основной группы на основании жалоб, клинической картины, дополнительных методов исследования с использованием современных, в том числе - секрета предстательной железы, был установлен диагноз хронический уретрит, у 32 (16%) - хронический уреамикоплазменный уретрит (ХУМУ) - у 35, у 133 (откуда такие цифры?) (66,5%) больных – хронический простатит (ХП) [хронический хламидийный простатит (ХХП) - у 62 (31%) больных, хронический уреамикоплазменный простатит (ХУМП) - у 71 (35,5%)].

Микстинфекцией страдали 128 (64%) из 200 обследованных больных хроническим УГИ: из 67 больных ХУ – 36 (53,7%), из 133 - ХП – 93 (69,9%) – в 1,3 раза больше ($p < 0,05$).

В основной группе (высокого риска) микстинфекция двух и более ИППП выявлена у 75 (73,6%) пациентов, из них сочетание двух заболеваний (урогенитальный уреамикоплазмоза + другая бактериальная ИППП) отмечено у 29 (28,4%) из 102 обследованных больных, сочетание 3 и более бактериальных ИППП – у 46 (45,1%). Сочетание УГУМ и УГХ выявлено у 29 (28,4%) больных, УГУМ и трихомониаза – у 20 (19,6%), УГУМ и гарднереллеза – у 13 (12,7%), УГУМ и стафилококков (*Staphylococcus aureus*) – у 9 (8,8%), УГУМ и гонореи - у 4 (3,9%).

Микстинфекция в группе сравнения обнаружена у 53 (54,1%) больных, что в 1,4 раза меньше ($p < 0,05$), чем в группе высокого риска. Сочетание двух

ИППП выявлено у 27 (27,5%) пациентов, трех и более – у 26 (26,5%). УГУМ + УГХ определены у 20 (20,4%) пациентов, УГУМ + трихомонады – у 13 (13,3%), УГУМ + гарднереллы – у 11 (11,2%), УГУМ + стафилококки (*Staphylococcus aureus*) – у 7 (7,1%), УГУМ + гонококки – у 2 (2,0%).

Хронический простатит, как осложнение УГИ, диагностирован у 78,4% (n= 80) больных первой группы и 54,1% (n= 53) – второй, т.е. в 1,4 раза меньше (P <0,05).

Итак, исследованиями выявлено, что для мужчин, ведущих беспорядочный половой образ жизни, характерно тяжелое детство (большинство из них росли в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, без отца или без матери, а некоторые и без обоих родителей), низкое образование, частая смена половых партнеров, высокая миграция, низкая информированность об ИППП и способах профилактики, большее количество больных с микстинфекцией и осложнениями ИППП.

Клиническая картина УГИ у обеих групп больных не отличалась друг от друга, однако частота субъективных и объективных симптомов разных форм УГИ отличалась.

Из 200 больных жалобы различного характера предъявляли 152 (76%) пациента, остальные 48 (24%) больных никаких субъективных ощущений не отмечали.

Структура субъективных ощущений у больных ХУ представлена в таблице 6.1.

Таблица 6.1. Структура жалоб больных хроническим уретритом

Характеристика жалоб	1 группа (n = 23)		2 группа (n = 44)	
	абс	%	абс	%
Дизурические ощущения:	16	69,6	29	65,9
Рези при мочеиспускании	9	39,1	19	43,2
Зуд в уретре	9	39,1	16	36,3
Жжение в уретре	12	52,1 ²	13	29,6

Продолжение таблицы 6.1

Дискомфорт в уретре	16	69,6 ²	20	45,6
Учащенное мочеиспускание	9	39,1	15	34,1
Выделения из уретры	14	60,9	25	56,8
Гиперемия губок уретры	12	52,1	14	31,8
Слипание губок уретры	14	60,9 ¹	20	45,5

Примечание: 1, 2 – достоверность различия к показателям второй группы: 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$.

Как показывают данные таблицы 6.1, больные 1 группы по сравнению со второй чаще жаловались на жжение в уретре (52,1% больных против 29,60% – во второй, $p < 0,02$), дискомфорт в уретре (69,6% против 45,6%, $p < 0,02$) и слипание губок уретры (60,9% против 45,5%, $p < 0,05$). 30,4% больных 1 группы и 34,1% – второй субъективных расстройств не ощущали. Эти больные были приглашены на обследование как сексуальные контактные лица женщин, которые получали лечение у акушеров-гинекологов по поводу воспалительных заболеваний мочеполовых органов. При обследовании у всех мужчин в мазках были обнаружены 5 и более полиморфно-ядерных лейкоцитов. Другие лабораторные и инструментальные исследования дали отрицательные результаты по поводу хронического простатита.

Субъективные ощущения и объективные проявления уретрита у подавляющего большинства больных обеих групп были слабо выражены. Они обострялись у большинства больных после приема алкогольных напитков, острой и соленой пищи, переохлаждения. Незначительные рези и жжение в уретре, преимущественно при мочеиспускании, в подавляющем большинстве случаев наблюдались у больных, у которых имелись выделения из уретры. Характер выделений у больных двух групп хроническим хламидийным уретритом отражен на рисунке 6.4.

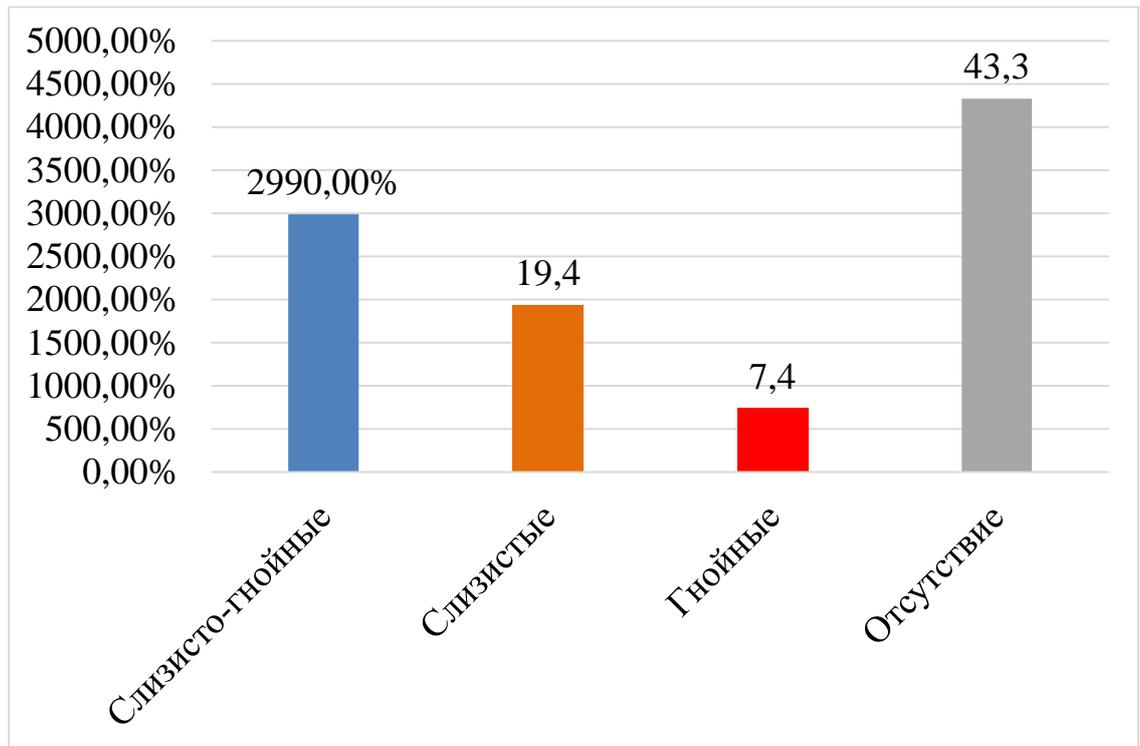


Рисунок 6.4. Характер выделений из уретры у больных хроническим уретритом

Чаще всего у больных хроническим уретритом (рисунок 6.4) отмечались слизисто-гнойные выделения (в 29,9% случаев), далее слизистые (19,4%) и гнойные (7,5%). Нужно отметить, что слизисто-гнойные и гнойные выделения у больных с микстинфекцией наблюдались намного чаще (в 1,5 раза), чем при монохламидийной инфекции – (соответственно у 44,4% и 29% больных, $p < 0,02$).

Симптомы объективных клинических проявлений у больных ХУ в обеих группах приведены на рисунке 6.5.

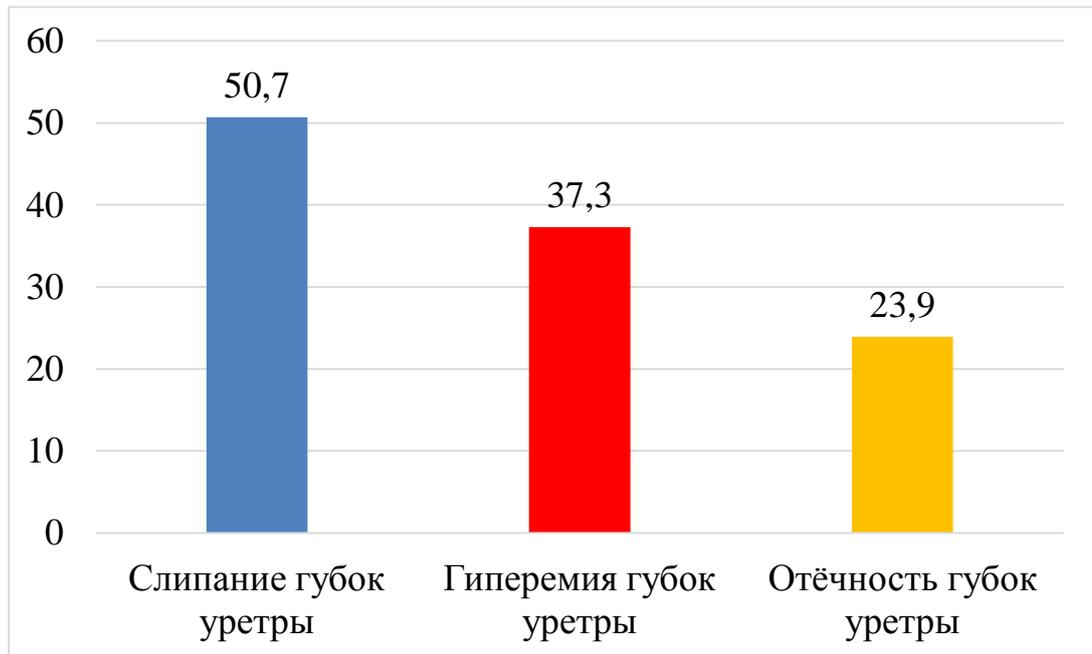


Рисунок 6.5. Объективные клинические проявления у больных хроническим хламидийным уретритом

Из рисунка 6.5. видно, что наиболее частым объективным клиническим проявлением ХУ было слипание губок наружного отверстия уретры. Оно встречалось у 34 (50,7%) больных обеих групп, далее – гиперемия губок уретры у 25 (37,3%), отечность губок уретры – у 16 (23,9%). У 13 (19,4%) больных были все 3 объективных клинических признака уретрита. У 9 (29,9%) больных никаких изменений в области наружного отверстия уретры не выявлено.

Диагноз уретрита у всех больных подтвержден микроскопическим исследованием мазка из уретры (таблица 6.2.)

Таблица 6.2. Данные микроскопического исследования мазка из уретры у больных хроническим уретритом

Исследуемый материал	Количество лейкоцитов в поле зрения	
	Больные уретритом (n = 67)	Контрольная группа (n = 30)
Мазок из уретры	14,75±1,05 ^x	3,19± 0,23

Примечание: ^x – достоверность различия с данными контрольной группы (p <0,001)

Данные таблицы 6.2 показывают, что у больных ХУ количество лейкоцитов в исследуемом поле зрения превышало данные контрольной

группы в 4,6 раза ($p < 0,001$). Следует отметить, что количество лейкоцитов в мазках из уретры у больных 1-й и 2-й групп были примерно одинаковы, как и данные больных с микстинфекцией и моноинфекцией (различия статистически недостоверны).

Из 133 больных хроническим простатитом (ХП) в обеих группах жалобы различного характера предъявляли 106 (79,7%) пациентов, 27 (20,3%) - никаких субъективных ощущений не отмечали.

Больные ХП предъявляли следующие жалобы (таблица 6.3)

Таблица 6.3. Структура субъективных симптомов больных хроническим простатитом

Жалобы	1 группа (n = 80)		2 группа (n = 53)	
	абс	%	абс	%
Дизурические расстройства	67	83,7	40	75,5
Дискомфорт	58	72,5 ¹	29	54,7
Болевые ощущения	62	77,5	38	71,7
Выделения из уретры	58	72,5 ¹	29	54,7
Копулятивные дисфункции	67	83,7	40	75,5
Слипание губок уретры	53	66,3	31	58,5
Нарушение репродуктивной функции (бесплодие)	24	30 ²	11	20,7

Примечание: 1, 2 – достоверность различия к показателям второй группы: 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$.

Как видно из данных таблицы 6.3, наиболее часто в обеих группах пациенты ХП жаловались на дизурические и копулятивные расстройства (соответственно 83,7% и 75,5% больных), болевые ощущения (77,5% и 71,7%), выделения из уретры и дискомфорт (72,5% и 54,7%), далее в убывающем порядке – слипание губок уретры, нарушение репродуктивной функции – бесплодие.

Следует отметить, что дискомфорт в области половых органов, выделения из уретры и бесплодие среди больных группы высокого риска отмечались достоверно чаще, чем во второй ($p < 0,05 - < 0,02$).

Детализация дизурических жалоб больных ХП дала следующие результаты (таблица 6.4).

Таблица 6.4. Структура дизурических явлений у больных хроническим простатитом

Дизурические ощущения	1 группа (n = 80)		2 группа (n = 53)	
	абс	%	абс	%
Императивные позывы	20	25	15	28,3
Учащенное мочеиспускание (поллакиурия)	22	27,5	15	28,3
Резь при мочеиспускании	29	36,3	18	33,9
Ночное мочеиспускание (никтурия)	27	33,7	15	28,3
Затрудненное мочеиспускание (странгурия)	29	36,3	20	37,7
Вялая струя мочи	42	52,5	27	50,9
Жжение и/или зуд в уретре	51	63,8	29	54,7
Чувство неполного опорожнения мочевого пузыря	53	66,3	29	54,7
Прерывистое мочеиспускание	33	41,3	22	41,5
Подтекание мочи по каплям после мочеиспускания	49	61,3	29	54,7

Из данных таблицы 6.4. видно, что чаще всего больных 1 и 2 групп беспокоило чувство неполного опорожнения мочевого пузыря (соответственно у 66,3% и 54,7% больных), жжение и/или зуд в уретре (у 63,8% и 54,7%), подтекание мочи по каплям после мочеиспускания (у 61,3% и 54,7%), императивные позывы на мочеиспускание (у 25% и 28,3%), вялая струя мочи (у 52,5% и 50,9%). Следует отметить, что частота различных дизурических жалоб у больных обеих групп была примерно одинакова (различия статистически недостоверны).

Подробное изучение болевых ощущений у больных хроническим простатитом позволило установить различные локализации этого синдрома. Генитальный вариант болевого синдрома, для которого характерны тупые боли в промежности с иррадиацией в надлобковую область, уретру, яички отмечены у 33 (41,3%) больных из 1-й группы и 18 (33,9%) – из 2-й, экстрагенитальный – с локализацией боли в области поясницы, крестца, внутренней поверхности бедер, паховой области – соответственно у 11 (13,8%) и 7 (13,2%), смешанный – у 18 (22,5%) и 13 (24,5%)

Локализация болевых ощущений у больных ХП была различной (таблица 6.5).

Таблица 6.5. Локализация болевых ощущений у больных хроническим простатитом

Локализация боли	1 группа (n = 80)		2 группа (n = 53)	
	абс	%	абс	%
Боль в промежности	29	36,2	15	28,3
Боль в области заднего прохода	7	8,7	4	7,6
Боль в прямой кишке	9	11,2	4	7,6
Боль в уретре	11	13,8 ²	4	7,6
Боль в мошонке	20	25	11	20,8
Боль над лобком	18	22,5	11	20,8
Боль в паховой области	7	8,7	4	7,6
Боль на внутренней поверхности бедер	4	5,0	2	3,8
Боль в пояснице, крестце	27	33,7	13	24,5
Всего	62	77,5	37	69,8

Данные таблицы 6.5 показывают, что чаще всего больные обеих групп жаловались на боли в промежности (36,2% больных в 1-й группе, 28,3% - во второй), пояснично-крестцовой области (соответственно 33,7% и 24,5%), мошонке (25% и 20,8%) и над лобком (22,5% и 20,8%). Следует отметить, что

боль в пояснично-крестцовой области и уретре среди больных из группы высокого риска встречалась чаще, чем у больных второй группы (p соответственно $<0,05$ и $<0,02$).

Следующей группой симптомов при хроническом простатите являются половые или сексуальные расстройства. Они занимают важнейшее место среди проявлений простатита, оказывая значительное влияние на качество жизни мужчин. Различные жалобы на многие стороны сексуальной функции предъявляли 106 (79,7%) обследованных нами мужчин, больных ХП. Они затрагивали от самых незначительных симптомов, таких как несколько ускоренное семяизвержение с небольшим дискомфортом внизу живота до полной невозможности половой жизни. Структура половых расстройств у обследованных больных была следующей (таблица 6.6).

Таблица 6.6. Структура половых расстройств у больных хроническим простатитом

Признаки половой дисфункции	1 группа (n = 80)		2 группа (n = 53)	
	абс	%	абс	%
Снижение либидо	47	58,7	27	50,9
Ослабление эрекции	58	72,5 ¹	29	54,7
Болезненная эрекция	20	25	11	20,8
Болезненная эякуляция	22	27,5 ²	9	16,9
Ускоренная эякуляция	51	63,8	31	58,5
Тусклый, болезненный оргазм	38	47,5	22	41,5

Из приведенных данных в таблице 6.6 видно, что больных ХП обеих групп наиболее часто беспокоят ослабление эрекции (72,5% пациентов в 1-й группе и 54,7% - во 2-й), преждевременная эякуляция (соответственно у 63,8% и 58,5% больных) и снижение либидо (58,7% и 50,9%). Такие сексуальные расстройства, как ослабление эрекции и болезненная эякуляция среди больных

высокого риска встречались значимо чаще, чем во второй (p соответственно $<0,05$ и $<0,02$).

Ректальное пальцевое исследование предстательной железы выявило у 11 (13,8%) больных 1-й группы и 9 (16,9%) - второй ее нормальные размеры, мягкоэластическую, однородную, безболезненную консистенцию, гладкую поверхность; средняя борозда сглажена, несколько болезненна. Соответственно у 55 (68,8%) и 33 (62,3%) больных отмечалось увеличение размеров железы, доли железы тестоватой консистенции, болезненные при пальпации, больше выраженные в области одной из долей; средняя борозда сглажена, несколько болезненна. У 13 (16,3%) и 11 (20,8%) больных определялась неоднородная тестоватая консистенция железы, чередование уплотнений с местами «западения». Железа при пальпации болезненна, что больше выражено в области срединной борозды.

Исследование секрета предстательной железы у больных ХП дало следующие результаты (таблица 6.7).

Таблица 6.7. Данные микроскопии секрета предстательной железы у больных хроническим простатитом (ХП)

Показатель и	Контроль (n = 30)	Больные (n =133)			
		1 группа (n = 80)		2 группа (n = 53)	
Количество лейкоцитов в поле зрения	$7,25 \pm 0,37$	$17,74 \pm 1,32^*$		$20,26 \pm 1,35^*$	
Количество лецитиновых зерен	Значительное	Умеренное 38,8%, (n =31)	Незначительное 61,2% ^{**} (n =49)	Умеренное 54,7%, (n =29)	Незначительное 45,3%, (n =24)

Примечание: * – достоверность различия к данным контрольной группы ($p < 0,001$), ** - достоверность различия к данным 2-й группы ($p < 0,05$)

Анализ микроскопического исследования (таблица 6.7) показал, что количество лейкоцитов в секрете предстательной железы у больных ХП 1-й группы превосходило данные контрольной группы в 2,4 раза ($p < 0,001$), а во 2-й – в 2,8 раза ($p < 0,001$), что подтверждает наличие воспалительного процесса в

предстательной железе у обследованных больных. У больных обеих групп в соке железы отмечалось наличие незначительного или умеренного количества лецитиновых зерен. Это указывает на значительное снижение функциональной активности простаты у больных, что характерно для хронического простатита. Больных с незначительным количеством липоидных зерен в группе высокого риска было значимо больше, чем в группе сравнения (61,2% в 1-й группе против 45,3% - во 2-й, $p < 0,05$), что свидетельствует о выраженности снижения физиологической активности предстательной железы у больных из группы риска.

У больных ХП в обеих группах при культуральном исследовании секрета предстательной железы на микробную обсемененность установлен преимущественный рост *Staphylococcus saprophyticus* и *Staphylococcus epidermidis*, а также *Enterobacterium* и *Lactobacillus*. Следует отметить, что концентрация микроорганизмов колебалась в пределах допустимой нормы – до 10^3 КОЕ/мл. Только у 9 (11,3%) больных 1-й группы и 7 (13,2%) - второй наблюдался рост *Staphylococcus aureus*.

Трансректальное ультразвуковое исследование (ТРУЗИ), проведенное всем 133 больным, определило воспалительно-инфильтративные и рубцовые изменения в предстательной железе. Объем предстательной железы у больных ХП в обеих группах был несколько увеличен и составил у больных 1-й группы, в среднем, $30,53 \pm 1,55$ см³, во второй группе – $27,25 \pm 1,34$ см³ (в контрольной группе $21,27 \pm 1,06$ см³, p соответственно $< 0,001$ и $< 0,01$). Данные 1-й и 2-й групп между собой не отличались (различия статистически недостоверны).

Структура предстательной железы характеризовалась неоднородностью с наличием участков инфильтрации, участков фиброза, рубцово-дистрофических изменений, различной формы и размеров мелких полостных образований в паренхиме железы с наличием жидкости, кальцинатов.

Изолированные инфильтраты выявлены у 29 (36,2%) больных 1-й и 22 (41,5%) - второй, участки инфильтрации и фиброза – соответственно у 42

(52,5%) и 26 (49,1%) больных, кальцинатов и мелких жидкостных образований – у 9 (11,2%) и 4 (7,6%).

Таким образом, исследования показали, что для мужчин, ведущих беспорядочный половой образ жизни (группа высокого риска распространения ИППП/ВИЧ), среди которых большинство (59%) составили трудовые мигранты, характерно тяжелое детство (большинство из них росли в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, без отца или без матери, а некоторые и без обоих родителей), низкое образование, частая смена половых партнеров, высокая миграция, низкая информированность об ИППП и способах профилактики.

Субъективные ощущения, объективные клинические проявления у 76% обследованных больных хроническим УГИ характеризовались разнообразной симптоматикой, у 24% – наблюдалось бессимптомное течение. Хронический УГИ у 64% больных протекает в виде микстинфекции.

Полученные результаты подтвердили данные исследователей, показавших роль уреамикоплазмоза в развитии хронического простатита. Среди обследованных нами больных у 66,5% из них диагностирован был хронический уреамикоплазменный простатит и у 33,5% - хронический уреамикоплазменный уретрит. Микстинфекция среди больных хроническим уреамикоплазменным простатитом встречается в 1,4 раза чаще, чем у больных хроническим уреамикоплазменным уретритом.

Среди больных из группы высокого риска по сравнению с контрольной группой выявлены некоторые особенности клинического течения УГИ. У них достоверно чаще обнаруживаются:

микстинфекция;

хронический простатит, как осложнение УГИ;

- у больных хроническим уретритом: дискомфорт в уретре, жжение в уретре, слипание губок уретры;

- у больных хроническим простатитом: подавление функциональной активности предстательной железы, дискомфорт в области половых органов,

выделения из уретры, боль в пояснично-крестцовой области, уретре, некоторые сексуальные расстройства (ослабление эрекции, болезненная эякуляция, бесплодие).

6.2.2. Особенности клинического течения урогенитальных инфекций у женщин

Из 150 пациенток основной группы 85 (56,7%) женщин обратились за медицинской помощью сами в связи с различными жалобами, 52 (34,7%) женщины были обследованы в связи с наличием воспалительного процесса у полового партнера (мужа), у 13 (8,6%) - уреамикоплазмоз был выявлен при обследовании перед оперативным вмешательством на органах малого таза.

Полученные данные о причинах самообращения косвенно указывают на тот факт, что большинство женщин обращаются за медицинской помощью в связи с какими-либо признаками воспалительного процесса в органах урогенитального тракта.

При обследовании 89 (72%) больных предъявляли различные жалобы. На боли внизу живота жаловались 57 (47,5%) пациенток, зуд или неприятные ощущения в уретре беспокоили 45 (37,5%) женщин, патологические выделения из половых путей - 58 (48,3%), рези при мочеиспускании - 33 (27,5%), бесплодие - 17 (14,2%), нарушения менструального цикла - 6 (5%), периодическое повышение температуры - 4 (3,3%). 25,8% (n = 31) больных субъективных ощущений не отмечали.

Как видно, наиболее часто встречался болевой синдром, дизурические расстройства, наличие патологических выделений из половых путей. Не менее важным является факт высокой частоты без субъективной формы урогенитальной инфекции у женщин – у 25,8% больных.

Один субъективный симптом выявлен у 15 (12,5%) больных, 2 – у 27 (22,5%), 3 – у 35 (29,2%), 4 и более – у 12 (10%).

Наиболее частыми сочетаниями были: боль + дизурические расстройства, боль + патологические выделения из половых путей, дизурические расстройства + патологические выделения из половых путей.

Указанные жалобы у 41 (46,1%) пациентки беспокоили практически постоянно, у остальных 48 (53,9%) пациенток симптоматика проявлялась после менструации, полового контакта или приема алкоголя, или пряностей.

По характеру патологические выделения из мочеполовых путей можно распределить следующим образом: умеренные слизистые – у 40 больных (26,7%), слизисто-гнойные – у 48 (32%), гнойные – у 44 (29,3%), гнойно-геморрагические – у 19 (12,7%).

При опросе из 89 пациенток больными себя считали в течение 2 месяцев 32 (35,9%) обследованных, 2-4 месяца – 18 (20,2%) пациенток, 22 (24,7%) пациентки отметили наличие симптомов в течение 4-6 месяцев, остальные 17 (19,1%) больных указали на длительность заболевания, равную 6 месяцам и более (табл. 6.8).

Таблица 6.8. Распределение обследованных женщин по давности заболевания (со слов пациенток, n = 89)

Давность заболевания	n	%
До 2 месяцев	32	35,9
2-4 месяца	18	20,2
4-6 месяцев	22	24,7
6 и более месяцев	17	19,1

Согласно данным опроса, только у 48 (32%) больных отмечалось наличие свежей формы урогенитального уреамикоплазмоза и хламидиоза, в остальных случаях имела место хроническая форма заболевания.

Результаты лабораторного исследования на наличие урогенитальных инфекций (уреаплазмоз, хламидиоз и микоплазмоз) путем реакции ПЦР и ПИФ представлены в таблице 6.9.

Таблица 6.9. Частота выявления уреамикоплазмоза у женщин (n = 150)

Очаг выявления	n	%
Цервикальный канал	42	28
Уретра	21	14
Цервикальный канал ± уретра	87	58
Итого	150	100

Данные, представленные в таблице 6.9, свидетельствуют о том, что более чем в половине случаев имеется 2 очага уреамикоплазменной инфекции, в остальных случаях имелся только один очаг инфекции. При этом уретральная локализация уреамикоплазмоза отмечена с наименьшей частотой.

Результаты комплексного бактериологического исследования показали, что только у 42 (28%) женщин урогенитальные инфекции были в виде моноинфекции, в остальных 108 (72%) случаях воспалительный процесс в урогенитальном тракте был обусловлен микст-инфекцией.

Сопоставление клинических данных с результатами бактериологического исследования позволило заключить, что у 63 (42%) обследованных женщин имело место ассоциирование патогенных и условно патогенных бактерий, у 51 (34%) – ассоциация аэробов и анаэробов, у 24 (16%) – патогенных бактерий и грибов рода *Candida*, у 3 (2%) – условно-патогенных бактерий.

Необходимо подчеркнуть, что при бактериологическом исследовании, помимо вышеуказанных микробов, часто выявляли рост колоний условно-патогенных грамотрицательных бактерий кишечной группы (40%), грамположительных бактерий (37,3%), золотистого стафилококка (14%) и кишечной палочки (8,7%).

У 44 (29,3%) больных урогенитальный уреамикоплазмоз и хламидиоз протекали в виде моноинфекции, у 54 (36%) – при сочетании двух инфекций, у 52 (34,7%) – три и более инфекции.

По видовой принадлежности в структуре микст-инфекции чаще обнаруживались уреоплазмы, трихомонады и хламидии, несколько реже – гонококки, грибы рода *Candida*, гарднереллы и микоплазмы.

Индивидуальный анализ зависимости выраженности клинической симптоматики от видовой структуры микроорганизмов, выделенных из мочеполовых путей, показал, что большая манифестность клинических признаков отмечена при сочетании уреамикоплазмозом с гонококками, трихомонадами и грибами рода *Candida*.

Микстинфекция в виде сочетания двух инфекций (*Ch. Trachomatis* + один инфекционный агент) наблюдалась у 54 (36%) женщин, от трех и более инфекций – у 52 (34,7%). Среди сопутствующей инфекции наиболее часто встречался трихомониаз – у 39 (26%) больных урогенитальным уреоплазмозом, далее хламидиозом – у 34 (22,7%), микоплазмозом – у 23 (15,3%), кандидозом – у 18 (12%), *St. aureus* – у 17 (11,3%), гонорея – у 10 (6,7%), гарднереллез – у 9 (6%) (таблица 6.10).

Таблица 6.10. Структура микстинфекции у больных урогенитальным хламидиозом

Микстинфекции	n	%
2 инфекции:		
Уреоплазмоз + хламидиоз	7	8,8
Уреоплазмоз + трихомониаз	5	6,3
Уреоплазмоз + гонорея	4	5
Уреоплазмоз + кандидоз	4	5
Уреоплазмоз + <i>St. aureus</i>	3	3,7
Уреоплазмоз + гарднереллез	3	3,7
Уреоплазмоз + микоплазмоз	2	2,5
Всего	28	35,0

Продолжение таблицы 6.10

3 и более инфекции:		
Уреаплазмоз + хламидиоз	3	3,8
Уреаплазмоз + хламидиоз + трихомониаз	3	3,8
Уреаплазмоз + хламидиоз + гонорея	2	2,5
Уреаплазмоз + гонорея + трихомониаз	3	3,8
Уреаплазмоз + трихомониаз + кандидоз	2	2,5
Уреаплазмоз + гонорея + кандидоз	3	3,8
Уреаплазмоз + гонорея + гарднереллез	2	2,5
Уреаплазмоз + трихомониаз + гарднереллез	3	3,8
Уреаплазмоз + хламидиоз + гонорея + St. aureus	2	2,5
Уреаплазмоз + хламидиоз + трихом. + St. aureus	3	3,8
Уреаплазмоз + микоплазмоз + трихомониаз + кандидоз + St. aureus	3	3,8
Всего	29	36,2

Структура нозологических форм урогенитального уреамикоплазмоза у обследованных ОГ представлена в таблице 6.11.

Таблица 6.11. Структура нозологических форм у больных женщин (n = 150)

Нозологическая форма	n	%
Уретрит	18	12
Эндоцервицит	29	19,3
Уретрит + эндоцервицит	30	20
Вагинит + эндоцервицит + уретрит	7	4,7
Эндоцервицит + эндометрит	14	9,3
Эндоцервицит + эндометрит + уретрит	12	8
Эндоцервицит + эндометрит + сальпингоофорит	15	10
Эндоцервицит + эндометрит + сальпингоофорит + уретрит	13	8,7
Без клинической симптоматики	12	8

Из 81 (54%) пациентки с уретритом у 66 (44%) клиническая симптоматика была следующей: периодические дискомфорт и зуд в уретре, рези при мочеиспускании, гиперемия слизистой оболочки в области наружного отверстия уретры. При массаже уретры у 45 (30%) пациенток отмечено появление патологических выделений: слизистых или слизисто-гнойных. Необходимо отметить, что наличие патологических выделений из уретры у 8 пациенток было без субъективной симптоматики. У 6 пациенток, которые не предъявляли никаких жалоб со стороны мочеиспускательного канала, при осмотре обнаружена гиперемия слизистой вокруг наружного отверстия уретры. Только у 14 (9,3%) пациенток из 81 с уреамикоплазменным и хламидийным поражением уретры не было никаких субъективных и объективных клинических проявлений заболевания. У всех у них инфекции были в виде моноинфекции с инфицированием только уретры, у остальных пациенток была выявлена микст-инфекция.

При анализе выраженности клинической симптоматики уреамикоплазмоза, хламидийного поражения мочеиспускательного канала было выявлено, что при длительности заболевания до 2 месяцев она была более манифестной как по выраженности субъективных симптомов, так и объективных признаков заболевания. Нами обнаружена тесная обратная корреляционная связь между длительностью заболевания и выраженностью клинической симптоматики, коэффициент корреляции r варьировал от $-0,64$ до $-0,56$.

Индивидуальный анализ зависимости выраженности клинической симптоматики от видовой структуры микроорганизмов, выделенных из мочеполовых путей, показал, что большая манифестность клинических признаков отмечена при сочетании уреамикоплазмы и хламидий с трихомонадами или гонококками и грибами рода *Candida*.

Вагинит был обнаружен у 7 (4,7%) пациенток, все они были в позднем репродуктивном возрасте (старше 40 года) и при бактериологическом обследовании у них была выявлена микст-инфекция (трихомониаз, кандидоз).

Клинически вагинит проявлялся гиперемией слизистой влагалища и наличием патологических выделений из половых путей. При проведении простой и расширенной кольпоскопии во всех случаях диагноз вагинита был подтвержден, также было выявлено поражение шейки матки.

Наиболее часто встречалась такая нозологическая единица как «эндоцервицит» - 112 (74,7%) случаев, при этом только у 29 (19,3%) женщин эндоцервицит был единственной патологией урогенитального тракта. В 17 (11,3%) случаях пациентки никаких жалоб не предъявляли, патология шейки матки была выявлена при гинекологическом осмотре и подтверждена при кольпоскопии. В 10 (6,7%) случаях пациентки жаловались на периодические выделения из половых путей, чаще слизистого характера и после менструации, приема алкоголя, острой пищи или половых контактов.

В остальных 84 (56%) случаях эндоцервицит сочетался с другой патологией урогенитального тракта (уретритом, эндометритом и сальпингоофоритом). Осложнения урогенитального уреамикоплазмоза в виде эндометрита и сальпингоофорита наблюдались у 54 (36%) женщин.

Клиника эндоцервицита с эндометритом характеризовалась наличием болевого синдрома и патологическими выделениями из половых путей. При гинекологическом бимануальном обследовании практически во всех случаях отмечалась болезненность при смещении шейки матки. Характерной была кольпоскопическая картина при эндоцервиците: гиперемия и отечность слизистой оболочки влагалищной части шейки матки и тонкая полоска слизисто-гнойных или гнойных выделений из цервикального канала. В ряде случаев отмечались небольшие дефекты слизистой влагалищной части шейки матки, а при длительном течении заболевания и/или частых обострениях отмечалось наличие эрозии шейки матки.

При сочетании эндоцервицита с эндометритом и сальпингитом отмечалась более выраженная клиническая симптоматика, включая периодические подъемы температуры до субфебрильного уровня. При бимануальном гинекологическом исследовании отмечались болезненность

матки, некоторое увеличение ее придатков. При этом при ультразвуковом исследовании органов малого таза выявлялись признаки эндометрита (повышение эхогенности отражения от эндометрия), отечность придатков матки, наличие спаечного процесса и, в ряде случаев, повышение количества жидкости в дугласовом (маточно-прямокишечном) пространстве. Только 5 женщин, обратившихся за медицинской помощью в связи с бесплодием, у которых при бактериологическом исследовании были обнаружены уреамикоплазмы и хламидии, субъективных ощущений не отмечали. Однако, при целенаправленном сборе анамнеза, у них были выявлены сведения о наличии периодически появляющихся тянущих болей и патологических выделений из половых путей.

Заслуживает внимания факт того, что у 17 (11,3%) пациенток с осложненной формой урогенитальные инфекции отмечены нарушения менструального цикла по типу редких, скудных менструаций и рецидивирующих дисфункциональных маточных кровотечений.

Во всех этих случаях отмечалось длительное течение урогенитальных инфекций в сочетании с другой микрофлорой.

Нами обнаружена тесная корреляционная зависимость выраженности клинической картины от таких характеристик репродуктивного анамнеза, как число аборт, вид и длительность применения контрацептивных средств. Коэффициент корреляции r между числом аборт и развитием осложненной урогенитальной инфекции составил $\pm 0,64$, применением ВМС - $\pm 0,62$, длительным использованием ВМС (5 лет и более) - $\pm 0,69$.

Таким образом, проведенное исследование свидетельствует о зависимости клинической картины урогенитальных инфекций от информированности пациенток об ИППП, репродуктивного поведения, числа очагов инфицирования, наличия и вида сочетанной микрофлоры.

6.3. Результаты иммунологических исследований

Результаты иммунологических исследований периферической крови обследованных больных хроническими бактериальными негонорейными урогенитальными инфекциями (ХБНУИ) приведены в таблице 6.12.

Таблица 6.12. - Состояние иммунологических показателей периферической крови больных ХБНУИ

Показатель	Контрольная группа (n = 30)	Больные (n = 260)	p
Лимфоциты, $\times 10^9$ /л	2,22 ± 0,15	1,95 ± 0,13	> 0,1
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	28,4 ± 1,5	> 0,1
CD3 (Т-лимфоциты), %	70,8 ± 3,1	64,1 ± 2,5	> 0,1
CD4 (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	34,5 ± 1,6 ³	< 0,01
CD8 (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	18,3 ± 1,2 ³	< 0,01
CD4 / CD8	1,74 ± 0,12	1,89 ± 0,13	> 0,1
CD19 (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	17,4 ± 1,2 ¹	< 0,05
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,54 ± 0,13	> 0,1
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,55 ± 0,12 ³	< 0,01
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	20,9 ± 1,1 ⁴	< 0,001
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,70 ± 0,18 ⁴	< 0,001
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	53,9 ± 4,0 ²	< 0,02
ФЧ	6,6 ± 0,5	4,8 ± 0,4 ²	< 0,02
ФНО-α, пг/мл	7,36 ± 0,49	11,55 ± 0,69 ⁴	< 0,001
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 ± 0,13	2,97 ± 0,17 ⁴	< 0,001
ИНФ-γ, пг/мл	5,57 ± 0,41	8,32 ± 0,55 ⁴	< 0,001
ИЛ-10, пг/мл	7,68 ± 0,48	4,79 ± 0,31 ⁴	< 0,001

Примечание: p – статистическая значимость различия показателей между группами (по U-критерию Манна-Уитни)

Данные таблицы 6.12. показывают, что в периферической крови больных ХБНУИ в сравнении с контрольной группой отмечаются иммунологические изменения, выявляющиеся угнетением клеточного отдела иммунитета, неспецифических факторов защиты, активизацией гуморальных факторов и дисбалансом про- и противовоспалительных цитокинов.

Снижение активности клеточного иммунитета проявилось низким уровнем содержания CD₄-хелперных ($p < 0,001$) и CD₈-супрессорных ($p < 0,001$) лимфоцитов и фагоцитарных реакций (ФАЛ, $p < 0,001$ и ФЧ, $p < 0,001$).

Исследования показали, что содержание CD₄-хелперных лимфоцитов было ниже нормальных величин у большинства больных (53,4%, $n = 139$), в пределах нормативных цифр – у 87 (33,5%), повышено – у 44 (16,9%). Содержание CD₈-лимфоцитов у 128 (49,2%) больных было снижено, у 35 (13,5%) - увеличено, у 97 (37,3%) – в пределах нормальных величин.

Гуморальный иммунитет у больных ХБНУИ проявил повышенную активность, что характеризовалось как увеличением содержания ($p < 0,05$), так и высокой функциональной активностью CD₁₉ (B-) – лимфоцитов. Это подтвердилось высоким, по сравнению с данными здоровых людей, уровнем содержания сывороточных IgM ($p < 0,01$) и IgG ($p < 0,001$). Количество CD₁₉-лимфоцитов было увеличено у 109 (41,9%) больных, понижено – у 55 (21,2%), в пределах нормальных значений – у 96 (36,9%). Содержание IgM у 127 (48,8%) больных было повышено, у 79 (30,4%) – соответствовало нормальным цифрам, у 54 (20,8%) – снижено. Повышенное содержание IgG отмечалось у 137 (52,7%) пациентов, пониженное – у 53 (20,4%), в пределах нормативных значений – у 70 (26,9%). У больных ХБНУИ отмечены выраженные изменения в содержании ЦИК, которое на 49% превосходило данные здоровых людей ($p < 0,001$). Высокие цифры уровня ЦИК выявлены у 157 (60,4%) больных, низкие – у 39 (15%), в пределах нормы – у 64 (24,6%). Угнетение неспецифических факторов защиты, которое выразилось снижением количественного содержания ФАЛ ($p < 0,001$) и ФЧ ($p < 0,001$), обнаружено соответственно у 122 (46,9%) и 127 (48,8%) больных. Количество больных с повышенными цифрами ФАЛ и ФЧ составило соответственно всего 53 (20,4%) и 55 (21,2%) человек, нормальное их содержание отмечено у 85 (32,7%) и 88 (33,8%).

Уровень активности исследованных цитокинов в сыворотке крови больных был значительно выше, чем в контрольной группе. Содержание провоспалительных цитокинов ФНО- α и ИЛ-1 β у пациентов ХБНУИ по

сравнению с показателями здоровых людей было увеличено соответственно на 57% ($p < 0,001$) и 51% ($p < 0,001$), а ИНФ-у – на 31%, в то время как концентрация противовоспалительного цитокина ИЛ-10 была, наоборот, значительно ниже – на 60% ($p < 0,001$). Активность ФНО- α была высокой у 153 (58,8%) больных, низкой – у 36 (13,8%), в пределах нормативных значений – у 71 (27,3%), ИЛ-1 β был повышен у 139 (53,5%), низким – у 35 (13,5%), соответствовал нормальному уровню – у 86 (33,1%), а ИНФ-у – соответственно у 125 (48,1%), 33 (12,7%) и 102 (39,2%). Количество ИЛ-10 было низким у 157 (60,4%) больных, высоким – у 31 (11,9%), в пределах нормальных величин – у 72 (27,7%).

Для правильной интерпретации результатов иммунологических исследований у больных большое значение придается выявлению выраженности изменений в иммунной системе пациентов УГИ в зависимости от локализации воспалительных нарушений в разных отделах мочеполовых органов. Результаты исследований у больных с поражением нижних отделов (НО) мочеполовой системы (МПС) у мужчин (хронический уретрит, ХУ) и женщин [хронический уретрит (ХУ) и хронический эндоцервицит (ХЭ)] и верхних отделов (ВО) - [хронический простатит (ХП) у мужчин, хронический эндометрит и сальпингоофорит (ХЭ + ХС) у женщин] приведены в таблице 6.13.

Таблица 6.13. - Состояние иммунологических показателей у больных хронической УГИ в зависимости от уровня поражения УГТ

Показатель	Контрольная группа (n = 30)	ХБНУИ НО (n = 67)	ХБНУИ ВО n = 193)
Лимфоциты, $\times 10^9$ /л	$2,22 \pm 0,15$	$2,05 \pm 0,13$	$1,83 \pm 0,12$
Лимфоциты, %	$32,6 \pm 1,9$	$31,5 \pm 1,7$	$27,4 \pm 1,3^1$
CD ₃ (Тлимфоциты), %	$70,8 \pm 3,1$	$64,1 \pm 2,9$	$60,5 \pm 2,0^2$
CD ₄ (Т-хелперы), %	$43,9 \pm 2,0$	$38,5 \pm 1,9^1$	$33,3 \pm 1,7^{4(1)}$
CD ₈ (Тсупрессоры), %	$25,3 \pm 1,6$	$19,5 \pm 1,4^2$	$17,9 \pm 1,3^{4(1)}$
CD ₄ / CD ₈	$1,74 \pm 0,12$	$1,97 \pm 0,16$	$1,86 \pm 0,15$
CD ₁₉ (В-лимф.), %	$14,3 \pm 1,1$	$15,3 \pm 1,4$	$18,5 \pm 1,3^2$
IgA, г/л	$2,21 \pm 0,13$	$2,25 \pm 0,15$	$2,74 \pm 0,16^{2(1)}$
IgM, г/л	$1,98 \pm 0,12$	$2,34 \pm 0,13^1$	$2,63 \pm 0,12^4$

Продолжение таблицы 6.13

IgG, г/л	14,5 ± 1,0	17,9 ± 1,3 ¹	21,8 ± 1,4 ⁴⁽¹⁾
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,22 ± 0,21 ²	3,85 ± 0,22 ⁴⁽¹⁾
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	58,6 ± 4,3 ¹	52,1 ± 4,2 ³
ФЧ	6,6 ± 0,5	6,2 ± 0,5	4,0 ± 0,5 ³
ФНО- α пг/мл	7,36 ± 0,49	9,69 ± 0,71 ²	12,27 ± 0,72 ⁴⁽²⁾
ИЛ-1β пг/мл	1,97 ± 0,13	2,57 ± 0,18 ²	3,11 ± 0,19 ⁴⁽¹⁾
ИНФ-у, пг/мл	5,57 ± 0,41	7,05 ± 0,57 ¹	8,75 ± 0,58 ⁴⁽¹⁾
ИЛ-10 пг/мл	7,68 ± 0,48	5,76 ± 0,33 ³	4,42 ± 0,35 ⁴⁽¹⁾

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 – p <0,05; 2 – p <0,02; 3 – p <0,01; 4 – p <0,001; достоверность различия между данными обеих групп (по U-критерию Манна-Уитни): (1) - p <0,05;(2) - p <0,02;(4) - p <0,001

Данные таблицы 6.13 свидетельствуют, что изменения в иммунной системе у больных бактериальными ИППП как нижних, так и верхних отделов урогенитального тракта носят схожий сценарий, однако разный характер выраженности. Иммунологические нарушения у больных обеих групп выявились снижением активности клеточного иммунитета, фагоцитарной активности лейкоцитов, местного иммунитета и увеличением содержания ингредиентов гуморального иммунитета, а также изменениями со стороны исследованных цитокинов. Подавление показателей клеточного звена иммунитета у больных ХБНУИ нижних отделов МПС характеризовалось понижением уровня CD₄- (p <0,05) и CD₈- лимфоцитов (p <0,001), ФАЛ (p <0,001). Повышение активности гуморального иммунитета было проявлено увеличением содержания в сыворотке крови больных IgM (p <0,01), IgG (p <0,001) и ЦИК (p <0,001).

У пациентов с поражением нижних отделов МПС отмечались отчетливые нарушения в содержании изученных цитокинов. Уровень провоспалительных ФНО-α, ИЛ-1β, а также ИНФ-у достоверно превышал контрольные величины (p <0,001), а противовоспалительного ИЛ-10, наоборот, был ниже (p <0,001).

Активность гуморальных факторов локального иммунитета была снижена, что определялось уменьшением в соке ПЖ содержания sIgA (p <0,05) и IgG3 (p <0,05) подкласса IgG.

Более выраженные иммунологические нарушения выявлены у больных с осложнениями ХБНУИ в виде ВЗОМТ (восходящие заболевания органов малого таза) с поражением как нижних, так и верхних отделов МПС (у мужчин - хронический простатит, у женщин - хронический эндометрит и/или сальпингоофорит), на что указывают уменьшение относительного количества лимфоцитов в периферической крови ($p < 0,05$) и более статистически значимая степень нарушения со стороны показателей иммунитета. Так, клеточный иммунитет у больных с восходящей инфекцией проявил выраженно низкую активность, что обнаружено уменьшением содержания всех трех основных его компонентов (CD_3 -общих Т-лимфоцитов, CD_4 -хелперной и CD_8 -супрессорной их субпопуляций) – $p < 0,001$, а также ФАЛ ($p < 0,001$) и ФЧ ($p < 0,001$). В то же время, гуморальный иммунитет у больных показал выраженную активность, о чем свидетельствуют высокие цифры со стороны показателей гуморального иммунитета - высокий уровень IgM ($p < 0,001$), IgG ($p < 0,001$) и ЦИК ($p < 0,001$), а также статистически значимое увеличение содержания IgA ($p < 0,01$), который у больных с продолжительностью болезни до 1 года был в пределах нормы.

У мужчин и женщин, больных восходящей инфекцией, изменения со стороны исследованных цитокинов были более выражены, чем при воспалении только нижних отделов урогенитального тракта. У больных с осложнениями ХБНУИ содержание ИНФ- γ , ФНО- α и ИЛ-1 β в сыворотке крови значительно превосходило данные контрольной группы ($p < 0,001$ у всех цитокинов), а противовоспалительного ИЛ-10 – было значительно меньше ($p < 0,001$).

У пациентов ХБНУИ НО МПС были нарушены 10 из 17 исследованных иммунологических показателей, у больных ХБНУИ ВО МПС – 15, что в 1,5 раза больше. Достоверно низкие цифры содержания в периферической крови больных ХБНУИ ВО МПС в сравнении с пациентами с ХБНУИ НО МПС относительного количества лимфоцитов ($p < 0,05$), CD_4 - и CD_8 -лимфоцитов ($p < 0,05$) и ИЛ-10 ($p < 0,05$), повышенный уровень содержания IgM ($p < 0,05$), IgG ($p < 0,05$), ЦИК ($p < 0,05$), провоспалительных цитокинов ФНО- α ($p < 0,05$), ИЛ-

1β ($p < 0,05$) и ИНФ-у ($p < 0,05$) указывают на более выраженные иммунологические нарушения у больных с осложненным течением ХБНУИ.

Изменения в иммунологических показателях у мужчин и женщин, имевших неосложненное течение ХБНУИ только нижних отделов МПС, не зависели от длительности инфекционного процесса (различия статистически незначимы). В то же время, проведенные нами исследования показали, что у пациентов с осложнениями ХБНУИ (восходящая инфекция – ХП у мужчин, ВЗОМТ у женщин) выявляется зависимость: с увеличением продолжительности заболевания иммунологические нарушения у больных нарастают, о чем свидетельствуют данные таблицы 6.14.

Таблица 6.14. - Иммунологические нарушения у больных с восходящей инфекцией в зависимости от продолжительности болезни

Показатель	Контрольная группа	Длительность заболевания	
		До 1 года (n = 66)	Больше 1 года (n = 194)
Лимфоциты, абс.	2,22 ± 0,15	2,15 + 0,14	1,89 + 0,13
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	30,5 + 1,8	27,8 + 1,7
CD3 (Тлимфоциты), %	70,8 ± 3,1	67,4 + 2,8	62,3 + 2,71
CD4 (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	37,8 + 1,91	32,5 + 1,84 (1)
CD8 (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	20,8 + 1,41	17,3 + 1,32 (1)
CD4 / CD8	1,74 ± 0,12	1,82 + 0,15	1,88 + 0,14
CD19 (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	15,9 + 1,2	18,2 + 1,31
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,29 + 0,14	2,64 + 0,151
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,21 + 0,13	2,68 + 0,143
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	18,3 + 1,32	21,7 + 1,44 (1)
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,21 + 0,202	3,88 + 0,214 (1)
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	56,5 + 4,21	52,8 + 4,32
ФЧ	6,6 ± 0,5	5,9 + 0,6	4,4 + 0,53
ФНО-α, пг/мл	7,36 + 0,49	10,05 ± 0,723	12,19 ± 0,714 (1)
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 + 0,13	2,49 ± 0,191	3,15 ± 0,204 (1)
ИНФ-у, пг/мл	5,57 ± 0,41	7,02 + 0,571	8,68 + 0,584 (1)
ИЛ-10, пг/мл	7,68 + 0,48	5,75 ± 0,343	4,46 ± 0,334 (2)

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$; 3 – $p < 0,01$; 4 – $p < 0,001$; достоверность различия между данными обеих групп (по U-критерию Манна-Уитни): (1) - $p < 0,05$; (2) - $p < 0,02$.

Как видно из данных таблицы 6.14, у больных ХБНУИ с длительностью заболевания до 1 года, по сравнению с данными здоровых людей, нарушения со

стороны показателей клеточного иммунитета проявились уменьшением количественного содержания CD₄ (p <0,001) и CD₈ (p <0,01) лимфоцитов ФАЛ (p <0,001). Изменения в активности показателей гуморального иммунитета определились высокими в сравнении с нормой цифрами содержания IgG (p <0,02) и ЦИК (p <0,02) в сыворотке крови больных. Концентрация ИНФ-у, провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β в периферической крови больных ХБНУИ была выше, чем в контрольной группе (p соответственно <0,05, <0,01, <0,05), а противовоспалительного ИЛ-10 - намного меньше (p <0,01).

У мужчин и женщин, страдающих ХБНУИ больше 1 года, выявлены значительно большие иммунологические нарушения, чем у больных с длительности болезни до 1 года: у первых были изменены 14 из 17 исследованных иммунологических показателей, у вторых – 9 (в 1,56 раза меньше). С увеличением продолжительности инфекционного процесса отмечается дальнейшее снижение активности клеточного иммунитета, на что указывает, не наблюдавшееся у больных с длительностью болезни до 1 года, уменьшение, в сравнении с данными контрольной группы, уровня CD₃ лимфоцитов (p <0,05), продолжающееся снижение содержания CD₄- (p <0,001) и CD₈- (p <0,02) лимфоцитов, неспецифических факторов резистентности организма (ФАЛ, p <0,02 и ФЧ, p <0,01).

Продолжительность ХБНУИ более 1 года отразилась на дальнейшем повышении активности гуморальных факторов иммунитета у больных, о чем свидетельствует увеличение в их крови уровня CD₁₉-лимфоцитов (p <0,01), IgM (p <0,01), что не наблюдалось у больных с длительностью болезни до 1 года, а также по продолжающемуся росту содержания сывороточных IgG (p <0,001) и ЦИК (p <0,001).

Активность провоспалительных цитокинов ФНО-α и ИЛ-1β, а также ИНФ-у у больных с длительностью заболевания более 1 года продолжала расти, а противовоспалительного ИЛ-10, наоборот, падать. На это указывает

дальнейшее увеличение у них концентрации ФНО- α ($p < 0,001$), ИЛ-1 β ($p < 0,001$), ИНФ-у ($p < 0,001$) при одновременном уменьшении - ИЛ-10 ($p < 0,001$).

Более выраженная степень иммунологических нарушений у больных с продолжительностью болезни более 1 года подтверждается статистически значимым уменьшением у них в крови, в сравнении с пациентами, болеющими ХБНУИ меньше 1 года, количества CD₄- ($p < 0,001$), CD₈- ($p < 0,001$) лимфоцитов и ИЛ-10 ($p < 0,01$), при одновременном увеличении содержания IgG, ЦИК, ФНО- α , ИЛ-1 β и ИНФ-у (у всех показателей $p < 0,05$) показателей местного иммунитета - sIgA ($p < 0,05$), sIgG2 ($p < 0,01$) и sIgG3 ($p < 0,05$), увеличение – ЦИК ($p < 0,05$) и ФНО- α ($p < 0,05$).

Однако, увеличение активности гуморального отдела иммунитета организма больных ХП сопровождалось дальнейшим снижением местной иммунологической реактивности предстательной железы. Это привело к дальнейшему уменьшению в соке ПЖ содержания sIgA ($p < 0,001$), sIgG ($p < 0,01$), его IgG2 ($p < 0,01$) и IgG3 ($p < 0,001$) подклассов, а также и IgG1 ($p < 0,01$).

Важное научное и практическое значение имеет изучение нарушений иммунологических показателей у больных хроническими бактериальными ИППП, болеющими только урогенитальным хламидиозом (УГХ) или только урогенитальным уреоплазмозом и микоплазмозом (УГУМ), как и у больных, имеющих сочетание этих ИППП (микстинфекция, урогенитальный хламидиоз + урогенитальный уреоплазмоз и микоплазмоз – УГХ + УГУМ). Результаты проведенных исследований отражены в таблице 6.15.

Таблица 6.15. - Состояние иммунологических показателей периферической крови больных хроническим УГХ и УГУМ и микстинфекцией

Показатель	Контрольная группа (n=30)	Больные УГХ (n = 80)	Больные УГУМ (n = 92)	Больные УГХ + УГУМ (n = 88)
Лимфоциты, $\times 10^9$ /л	2,22 \pm 0,15	1,96 \pm 0,14	2,03 \pm 0,13	1,86 \pm 0,12
Лимфоциты, %	32,6 \pm 1,9	28,2 \pm 1,6	29,3 \pm 1,7	27,9 \pm 1,4

Продолжение таблицы 6.15

CD ₃ (Т-лимфоциты), %	70,8 ± 3,1	65,5 ± 2,9	64,7 ± 2,8	61,4 ± 2,7 ¹
CD ₄ (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	34,8 ± 1,8 ³	37,6 ± 1,9 ²	31,5 ± 1,7 ⁴⁽¹⁾
CD ₈ (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	18,4 ± 1,3 ³	20,7 ± 1,4 ¹	16,3 ± 1,2 ⁴⁽¹⁾
CD ₄ / CD ₈	1,74 ± 0,12	1,89 ± 0,13	1,85 ± 0,11	1,93 ± 0,13
CD ₁₉ (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	17,6 ± 1,3 ¹	15,4 ± 1,2	19,5 ± 1,4 ²⁽¹⁾
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,55 ± 0,15	2,44 ± 0,14	2,65 ± 0,16 ¹
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,56 ± 0,14 ³	2,43 ± 0,13 ²	2,69 ± 0,15 ³
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	21,2 ± 1,4 ²	18,5 ± 1,3 ¹	22,8 ± 1,5 ⁴⁽¹⁾
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,74 ± 0,20 ⁴	3,33 ± 0,19 ³	3,96 ± 0,21 ⁴⁽¹⁾
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	53,5 ± 4,2 ²	55,6 ± 4,3 ²	52,3 ± 4,1 ³
ФЧ	6,6 ± 0,5	4,7 ± 0,4 ²	5,4 ± 0,4	4,3 ± 0,4 ³
ФНО-α, пг/мл	7,36 ± 0,49	11,57 ± 0,76 ⁴	10,47 ± 0,74 ³	12,72 ± 0,79 ⁴⁽¹⁾
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 ± 0,13	2,98 ± 0,19 ⁴	2,83 ± 0,18 ³	3,13 ± 0,19 ⁴
ИЛ-10, пг/мл	7,68 ± 0,48	4,87 ± 0,35 ⁴	5,46 ± 0,37 ³	4,17 ± 0,33 ⁴⁽²⁾
ИНФ-γ, пг/мл	5,57 ± 0,41	7,95 ± 0,58 ³	7,55 ± 0,57 ²	9,44 ± 0,59 ⁴⁽¹⁾

Примечание: достоверность различия к показателям контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 – p < 0,05; 2 – p < 0,02; 3 – p < 0,01; 4 – p < 0,001; достоверность различия между данными больных с микстинфекцией и моноинфекцией (УГМ, УГУМ) (по H-критерию Крускала-Уоллиса): (1) - p < 0,05; (2) - p < 0,02.

Как видно из таблицы 6.15, более выраженные иммунологические нарушения по сравнению со здоровыми лицами наблюдаются у пациентов ХБНУИ, болеющих микстинфекцией (УГХ + УГУМ). В периферической крови больных с микстинфекцией были изменены 14 из 17 исследованных иммунологических показателей, в то время как у больных с хроническими моноинфекциями (УГХ) и (УГУМ) меньше – соответственно 12 и 10. У пациентов с микстинфекцией определяется выраженное угнетение клеточного иммунитета, о чем свидетельствует низкое в сравнении со здоровыми людьми содержание всех трех основных его показателей: CD₃ (p < 0,01), CD₄ (p < 0,001), CD₈ (p < 0,001) лимфоцитов. Подавление активности клеточного иммунитета менее выражено у больных с моноинфекциями. При хроническом УГХ наиболее выраженные изменения наблюдались со стороны показателей CD₄ (p < 0,001) и CD₈ лимфоцитов (p < 0,001), при хроническом УГУМ – со стороны CD₄-хелперов (p < 0,001), что указывает на то, что хронический УГХ оказывает более угнетающее влияние на клеточный иммунитет, чем хронический УГУМ.

На большую степень иммунологических нарушений у больных с микстинфекцией указывает статистически значимое по сравнению с больными с моноинфекцией УГУМ уменьшение у них содержания CD₄ (p <0,05) и CD₈ (p <0,05) лимфоцитов, ИЛ-10 (p <0,05) и увеличение CD₁₉-лимфоцитов (p <0,05), ФНО-α (p <0,05) и ИНФ-γ (p <0,05).

У мужчин и женщин, страдающих ХБНУИ, а также у пациентов разных возрастных групп результаты изменений иммунологических показателей были примерно одинаковыми (различия статистически недостоверны).

Таким образом, в результате проведенного исследования установлено, что у пациентов ХБНУИ как с поражением нижних, так и верхних отделов МПС наблюдаются нарушения в иммунологической системе, которые демонстрируют угнетение клеточного иммунитета и активацию - гуморального. В крови пациентов ХБНУИ с поражением нижних отделов МПС были изменены 10 из 15 исследованных показателей иммунитета, у больных с осложнениями – в 1,5 раза больше – 15, причем степень их нарушения была намного выраженнее. У больных ХБНУИ нижних отделов МПС выявлено уменьшение содержания 2 из 3 основных параметров клеточного звена иммунитета (CD₄-хелперные и CD₈-супрессорные лимфоциты), у больных с поражением верхних отделов МПС (осложнения ХБНУИ) – все 3 (CD₃ – общие Т-лимфоциты и их CD₄- и CD₈-субпопуляции). У больных ХУ у мужчин и ХУ + ХЭ у женщин определено также снижение ФАЛ и противовоспалительного цитокина ИЛ-10, а также некоторых показателей местного иммунитета предстательной железы (sIgA и IgG3), увеличение количества IgM, IgG, ЦИК, провоспалительных цитокинов ФНО-α, ИЛ-1β и ИНФ-γ.

У больных с осложнениями ХБНУИ были выражено низкими уровни ФАЛ, ФЧ, ИЛ-10, секреторных sIgA, sIgG, его подклассов IgG1, IgG2 и IgG значительно высокими цифры содержания CD₁₉-лимфоцитов, IgA, IgM, IgG, ЦИК, ФНО-α, ИЛ-1β и ИНФ-γ.

Следует отметить, данные литературы показывают, что среди исследователей до настоящего времени нет единого мнения – являются ли

иммунологические нарушения, наблюдающиеся у больных ХБНУИ, причиной или их следствием.

6.4. Лечение больных хроническими бактериальными урогенитальными инфекциями.

Для объективной оценки сравнительной эффективности разных методов терапии, примененных при лечении обследованных нами больных, они были разделены на 3 группы.

Первой группе (120 пациентов) назначено было только этиотропная антибактериальная терапия. Второй группе (110 больных) использовано сочетанное лечение этиотропными препаратами и иммуностимулятором тимогаром. Третьей группе (120 больных) проведено сочетанное лечение этиотропными средствами и иммуностимулятором тимоцином.

Эффективность лечения оценивалась по следующим показателям:

- исчезновение субъективных признаков инфекций;
- нивелирование объективных симптомов заболевания;
- отрицательные тесты бактериологических анализов;
- нормализация состояния иммунологических показателей.

Результаты проведенного лечения оценивались по следующим критериям:

- эффект положительный – этиологическое излечение и исчезновение клинических признаков ИППП;
- эффект недостаточный – исчезновение клинических признаков, положительные бактериологические анализы;
- Безэффективность терапии – наличие одного или более клинических симптомов ИППП.

Этиологическая эффективность лечения и исчезновение клинических признаков заболеваний оценивались через 4 и 8 недель с учетом результатов анализа ПЦР и других использованных специальных лабораторных тестов.

6.4.1. Результаты этиотропного лечения больных хронической бактериальной негонорейной урогенитальной инфекцией (ХБНУИ).

Первую группу составили 120 больных (83 мужчины и 37 женщин) ХБНУИ, среди которых у 35 пациентов (мужчин 25 человек, женщин – 10) был диагностирован хронический урогенитальный хламидиоз (ХУГХ), у 35 (м – 25, ж - 10) - хронический урогенитальный уреаплазмоз и микоплазмоз (ХУГУМ) и 50 (м – 33, ж – 17) – сочетание хронического урогенитального хламидиоза и хронического урогенитального уреаплазмоза и микоплазмоза (микстинфекция, ХУГХ + ХУГУМ). У 45 (37,5%) больных (14 пациентов с ХУГХ, м – 9, ж – 5) + 13 – с ХУГУМ (м – 9, ж – 4) и 18 - с ХУГХ + ХУГУМ (м – 12, ж – 6) были поражены нижние отделы МПС, у 75 (62,5%) - [соответственно у 21 (м – 16, ж – 5), 22 (м – 16, ж – 6) и 32 (м – 21, ж – 11)] – верхние. Больным 1 группы было назначено лишь этиологическое лечение антибиотиком азитромицин, который применялся в течение трех недель по 1,0 г один раз в неделю.

В течение всего периода лечения у всех пациентов осложнений и побочных действий от примененных лекарственных препаратов не отмечено.

У большинства больных с поражением нижних отделов МПС уменьшение жалоб на дизурические явления отмечено, в среднем, с $3,3 \pm 0,3$ дней от начала терапии, у пациентов, результаты лечения которых дали положительный ответ, полностью исчезли - через $9,6 \pm 0,8$ дней. Объективные проявления инфекций (выделения из уретры, покраснение, отечность и прилипание губок уретры) начали меньше беспокоить больных, в среднем, с $3,9 \pm 0,3$ дня, полная негативация этих симптомов у пациентов, завершивших лечение с клинико-этиологическим выздоровлением, произошла - через $12,7 \pm 1,2$ дней.

Дизурические жалобы (зуд и жжение при мочеиспускании) среди пациентов как мужского, так и женского пола с осложнениями ХБНУИ, начали беспокоить меньше, в среднем, через $4,5 \pm 0,3$ дней терапии. У пациентов с положительным результатом терапии эти субъективные симптомы полностью перестали беспокоить – через $12,3 \pm 0,9$ дней. Объективные жалобы больных на слипание губок уретры, выделения из уретры начали уменьшаться с $4,8 \pm 0,3$

дней, полностью нивелировались – через $14,9 \pm 1,2$ дней. Уменьшение болезненных ощущений у большинства больных с клинико-этиологическим излечением началось, в среднем, через $8,9 \pm 0,6$ дней от начала лечения, полная их негативация – через $24,7 \pm 1,5$ дней.

Сексуальные расстройства стали уменьшаться, в среднем, с $22,5 \pm 1,5$ дней от начала лечения.

Применение азитромицина в виде моноэтиотропного лечения дало положительный результат (полное исчезновение клинических симптомов и этиологическое излечение от всех ХБНУИ, подтвержденное двукратным отрицательным анализом ПЦР – через 4 и 8 недель после лечения) у 89 (74,2%) больных: 39 (86,7%) - с ХУ и ХЭ и 50 (66,7%) – с восходящей инфекцией МПС. Результат моноэтиотропного лечения приведен на рисунок 6.6.

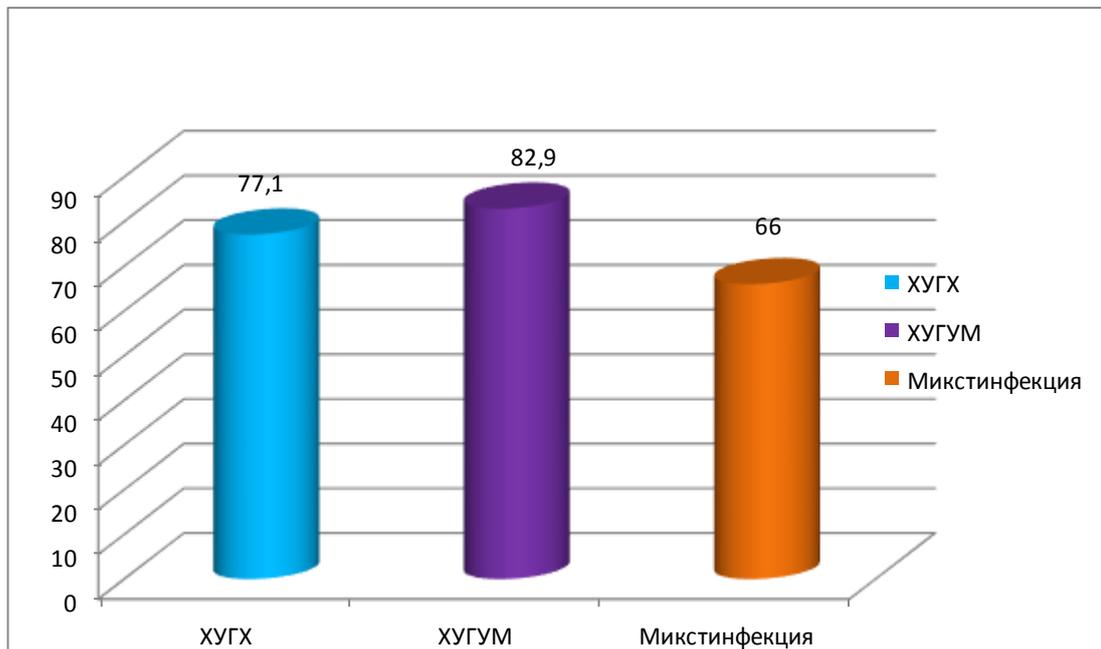


Рисунок 6.6. Результат моноэтиотропного лечения (%)

Как показывают данные рисунка 6.6, положительный результат при моноинфекции получен соответственно у 27 (77,1%) больных с ХУГХ и 29 (82,9%) – с ХУГУМ, при микстинфекции – у 33 (66%).

Недостаточный (малая эффективность) и отрицательный результат этиологического лечения продемонстрирован у 31 (25,8%) больного, среди

которых 6 (13,3%) болели ХБНУИ нижних отделов МПС, 25 (33,3%) страдали осложнениями ХУГИ.

В последующем этим пациентам была проведена комплексная терапия с иммуностимулятором тимочином, в результате которой был достигнут положительный эффект.

Состояние иммунологических показателей у пациентов ХБНУИ в процессе этиологического лечения отражено в таблице 6.16.

Таблица 6.16. - Иммунологические показатели больных ХБНУИ в динамике этиологического лечения

Показатель	Контрольная группа (n = 30)	Больные (n = 120)	
		До лечения	После лечения
Лимфоциты, абс.	2,22 ± 0,15	2,05 ± 0,15	2,11 ± 0,16
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	29,3 ± 1,6	30,3 ± 1,7
CD ₃ (Тлимфоциты), %	70,8 ± 3,1	65,2 ± 2,8	67,3 ± 2,9
CD ₄ (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	35,9 ± 1,9 ²	37,6 ± 1,9 ¹
CD ₈ (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	18,7 ± 1,5 ³	20,4 ± 1,5 ¹
CD ₄ / CD ₈	1,74 ± 0,12	1,91 ± 0,16	1,84 ± 0,15
CD ₁₉ (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	16,8 ± 1,4	15,8 ± 1,3
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,35 ± 0,15	2,26 ± 0,14
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,43 ± 0,14 ²	2,25 ± 0,13
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	19,3 ± 1,3 ³	17,4 ± 1,2
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,55 ± 0,20 ³	3,14 ± 0,19 ²
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	54,8 ± 4,3 ²	59,6 ± 4,5
ФЧ	6,6 ± 0,5	5,1 ± 0,6	5,4 ± 0,6
ФНО-α, пг/мл	7,36 ± 0,49	11,39 ± 0,72 ⁴	10,06 ± 0,68 ³
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 ± 0,13	2,78 ± 0,19 ³	2,53 ± 0,18 ²
ИНФ-γ, пг/мл	5,57 ± 0,41	8,05 ± 0,57 ⁴	7,17 ± 0,53 ¹
ИЛ-10, пг/мл	7,68 ± 0,48	4,93 ± 0,34 ⁴	6,08 ± 0,38 ²

Примечание: достоверность различия показателей у больных ХБНУИ до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона), при сравнении с контрольной группой (по U-критерию Манна-Уитни: 1 – p < 0,05; 2 – p < 0,02; 3 – p < 0,01; 4 – p < 0,01).

Из данных таблицы 6.16 видно, что до лечения 10 из 14 изученных основных показателей клеточного и гуморального иммунитета у больных хронической негонорейной бактериальной уrogenитальной инфекцией в сравнении с данными контрольной группы были наиболее значимо изменены:

CD₄ (p <0,001) и CD₈ (p <0,001) лимфоциты, IgM (p <0,001), IgG (p <0,001), ЦИК (p <0,001), ФАЛ (p <0,001), ФНО-α (p <0,001), ИЛ-1β (p <0,001), ИНФ-γ (p <0,001), ИЛ-10 (p <0,001), sIgA (p <0,001), sIgG (p <0,05), IgG2 (p <0,05) и IgG3 (p <0,001). Этиологическая терапия способствовала нормализации 3 (30%) показателей (IgM, IgG и ФАЛ), остальные 7 - оставались измененными, но имели тенденцию к нормализации.

6.4.2. Результаты комплексного лечения больных хронической бактериальной негонорейной урогенитальной инфекцией (ХБНУИ) с использованием иммуностимулятора тимогара

Во вторую группу вошли 110 больных (70 мужчин и 40 женщин) ХБНУИ, у 35 (м – 22, ж – 13) из которых был обнаружен хронический УГХ, у 35 (м – 23, ж - 12) – хронический УГУМ и у 40 (м – 25, ж – 15) – микстинфекция (ХУГХ + ХУГУМ). У 40 пациентов (12 больных с ХУГХ, м – 8, ж – 4), 13 – с ХУГУМ (м – 8, ж – 5) и 15 - с ХУГХ + ХУГУМ (м – 9, ж – 6) были поражены нижние отделы МПС, у 70 [соответственно у 23 (м – 14, ж – 9), 22 (м – 15, ж – 7) и 25 (м – 16, ж – 9)] – верхние. Больным использовалось комплексное лечение с применением азитромицина по схеме предыдущей группы и иммуностимулятора тимогара во внутримышечных инъекциях по 1 мл в течение 10 дней.

Все больные комплексную терапию с применением иммуностимулятора перенесли хорошо, осложнений при использовании препаратов и побочных действий не наблюдалось.

Пациентов с ХБНУИ нижних отделов МПС дизурические ощущения начали беспокоить меньше, в среднем, с $2,9 \pm 0,2$ дней терапии. Среди больных, у которых в результате комплексного лечения было достигнуто клинко-этиологическое выздоровление, нивелирование дизурических расстройств произошло, в среднем, через $8,5 \pm 1,2$ дней от начала лечения. Гиперемия, отечность, слипание губок уретры и выделения из неё (клинические симптомы уретрита) начали проходить, в среднем, через $3,3 \pm 0,3$ дней после начала

лечения, у пациентов с положительным результатом терапии полностью прошли - через $9,2 \pm 0,9$ дней.

Дизурические расстройства среди больных с осложнениями ХБНУИ начали меньше проявляться, в среднем, через $3,7 \pm 0,3$ дней от начала терапии, полностью нивелировались – через $10,6 \pm 1,1$ дней. Прилипание губок уретры и наличие незначительных выделений из неё у мужчин, наличие выделений из шейки матки – у женщин, выписанных с клинко-этиологическим излечением, полностью негативировались - через $13,2 \pm 1,3$ дней терапии. Уменьшение болевых симптомов большинство больных отметили, в среднем, через $6,5 \pm 0,8$ дней после начала терапии, полностью прошли у больных с положительным результатом лечения – через $19,6 \pm 1,6$ дней.

Симптомы сексуальных жалоб у больных начали снижаться, в среднем, через $17,3 \pm 1,3$ дней после начала терапии.

Клинко-этиологическое выздоровление после комплексной терапии с применением иммуностимулятора тимогара отмечено у 92 (83,6%) больных. Иммуностимулирующая терапия показала 95% результат среди больных с ХУ и ХЭ и 77,1% - при восходящей инфекции. Результат комплексного лечения с применением иммуностимулятора тимогара приведен на рисунке 6.7.

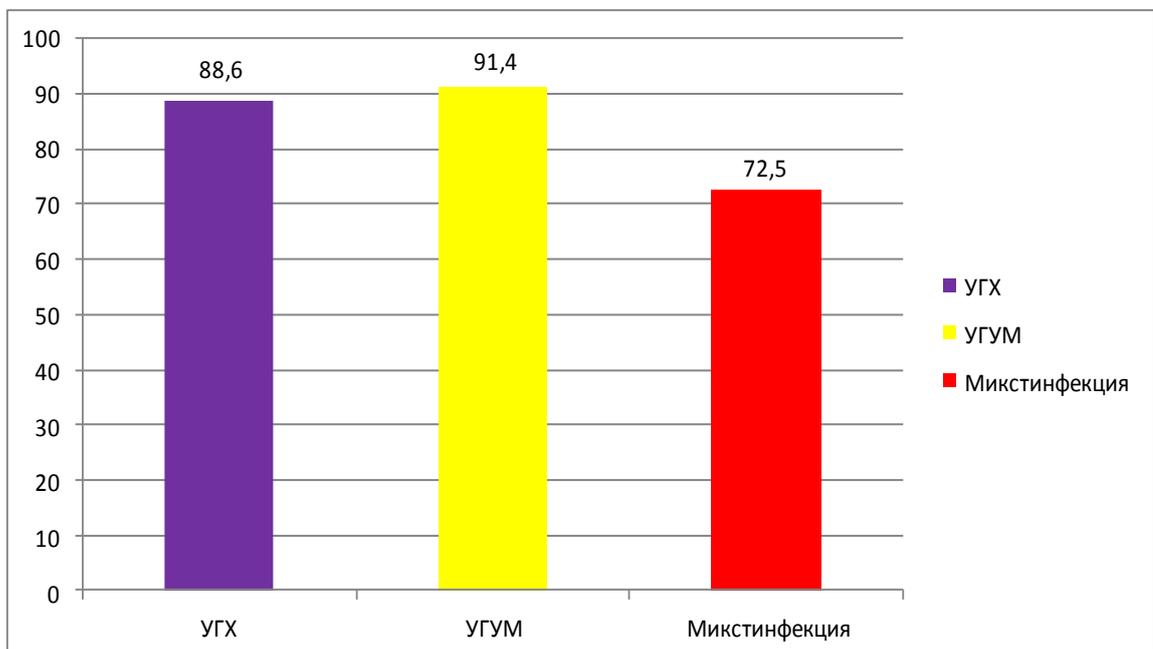


Рисунок 6.7. Результат комплексного лечения с тимогаром (%)

Как видно из рисунка 6.7, положительный результат от проведенной терапии получен у 88,6% больных (у 31 из 35) с хроническим УГХ, среди больных с хроническим УГУМ – у 91,4% (у 32 из 35), при микстинфекции – у 72,5% (у 29 из 40).

Безэффективность проведенного лечения у 18 пациентов (7 мужчин, 11 женщин) объясняется, по нашему мнению, тем, что все мужчины длительное время (2-3 года и более) страдали простатитом, а женщины - ВЗОМТ, у всех больных выявлены два – три и более ИППП, у всех обнаружено выраженное угнетение клеточного иммунитета, которое сопровождалось уменьшением содержания всех 3 основных его показателей (CD_3 , CD_4 и CD_8 лимфоцитов). После проведения дополнительных курсов лечения у всех больных отмечено этиологическое излечение.

Состояние показателей иммунной системы у больных ХБНУИ в динамике комплексной терапии с использованием тимогара приведено в таблице 6.17.

Таблица 6.17. - Иммунологические показатели больных ХБНУИ в динамике комплексной терапии с применением тимогара

Показатель	Контрольная группа (n = 30)	Больные (n = 90)	
		До лечения	После лечения
Лимфоциты, абс.	2,22 ± 0,15	1,88 ± 0,14	2,13 ± 0,15
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	28,7 ± 1,7	30,5 ± 1,8
CD_3 (Тлимфоциты), %	70,8 ± 3,1	64,5 ± 2,7	68,6 ± 2,9
CD_4 (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	34,7 ± 1,8 ³	36,6 ± 1,8 ²
CD_8 (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	19,2 ± 1,4 ³	22,5 ± 1,5
CD_4 / CD_8	1,74 ± 0,12	1,81 ± 0,15	1,63 ± 0,13
CD_{19} (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	17,2 ± 1,5	15,6 ± 1,4
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,47 ± 0,14	2,24 ± 0,13
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,51 ± 0,15 ²	2,32 ± 0,14
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	20,4 ± 1,4 ³	17,5 ± 1,2
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,62 ± 0,21 ⁴	3,24 ± 0,19 ²
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	54,3 ± 4,2 ²	60,6 ± 4,3
ФЧ	6,6 ± 0,5	4,9 ± 0,6 ¹	5,4 ± 0,6
ФНО-α, пг/мл	7,36 ± 0,49	11,27 ± 0,71 ⁴	9,77 ± 0,67 ²
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 ± 0,13	2,87 ± 0,20 ³	2,35 ± 0,16

Продолжение таблицы 6.17

ИНФ-у, пг/мл	5,57 ± 0,41	8,16 + 0,58 ³	7,27 + 0,54 ²
ИЛ-10, пг/мл	7,68 + 0,48	4,85 ± 0,35 ⁴	6,25 ± 0,39 ¹

Примечание: достоверность различия показателей у больных ХБНУИ до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона), по сравнению с данными контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 – $p < 0,05$; 2 – $p < 0,02$; 3 – $p < 0,01$; 4 – $p < 0,001$.

Из данных таблицы 6.17 видно, что комплексное лечение с иммуностимулятором тимогаром оказало положительное воздействие на иммунологические нарушения у больных ХБНУИ. Так, если до лечения у больных в сравнении с данными контрольной группы наиболее значимо были изменены 11 из 17 исследованных иммунологических показателей - CD₄ ($p < 0,01$), CD₈ ($p < 0,01$) лимфоциты, IgM ($p < 0,02$), IgG ($p < 0,01$), ЦИК ($p < 0,001$), ФАЛ ($p < 0,02$), ФЧ ($p < 0,05$), ФНО- α ($p < 0,001$), ИЛ-1 β ($p < 0,01$), ИНФ-у ($p < 0,01$), ИЛ-10 ($p < 0,001$), то после иммуностимулирующей терапии нормализовались 6 (54,5%) параметров, причем 1 из 2 основных показателей клеточного иммунитета (CD₈-супрессоры).

6.4.3. Результаты комплексного лечения больных хронической бактериальной негонорейной урогенитальной инфекцией (ХБНУИ) с использованием иммуностимулятора тимоцина

В третью группу были включены 120 больных (77 мужчин и 43 женщины) ХБНУИ, у 36 (м – 25, ж – 11) из них выявлен хронический УГХ, у 36 (м – 24, ж - 12) – хронический УГУМ и у 48 (м – 28, ж – 20) – микстинфекция (ХУГХ + ХУГУМ). У 40 пациентов, среди которых 13 (м – 9, ж – 4) больных с ХУГХ, 13 (м – 8, ж – 5) – с ХУГУМ и 14 (м – 8, ж – 6) - с ХУГХ + ХУГУМ были поражены нижние отделы МПС, у 80 [соответственно у 25 (м – 16, ж – 9), 25 (м – 17, ж – 8) и 30 (м – 19, ж – 11)] – верхние. Больные этой группы получили комплексное лечение (этиотропное + иммуностимулятор тимоцин).

Азитромицин применялся по схемам, назначенным предыдущим группам, тимоцин – по 1 мл в/м 10 дней.

Субъективные симптомы дизурических расстройств у мужчин и женщин, больных ХУ и/или ХЭ, с положительным итогом лечения стали

нивелироваться, в среднем, с $2,7 \pm 0,2$ дня, полностью негативировались, в среднем, к $8,1 \pm 1,1$ дням от начала терапии. Объективные признаки ХБНУИ (выделения из уретры, отечность, гиперемия и слипание губок уретры) у больных начали уменьшаться, в среднем, с $3,1 \pm 0,3$ дня, у больных с положительным результатом лечения полностью прошли, в среднем, через $8,9 \pm 1,2$ дней.

Среди пациентов с осложнениями ХБНУИ дизурические жалобы начали уменьшаться, в среднем, с $3,9 \pm 0,3$ дней лечения, полностью исчезли – через $9,8 \pm 0,9$ дней. Объективные признаки заболеваний (слипание губок и выделения из уретры) у больных, достигших клинико-этиологического излечения, полностью прошли после $12,9 \pm 1,2$ дней от начала терапии. Жалобы на болевые ощущения больных начали беспокоить меньше, в среднем, после $6,3 \pm 0,5$ дней, полностью нивелировались – через $18,5 \pm 1,5$ дней.

Сексуальные симптомы хронического простатита у мужчин и воспалительных заболеваний органов малого таза у женщин с ХБНУИ начали меньше беспокоить больных, в среднем, после $16,8 \pm 1,4$ дня терапии.

Сочетанное (этиологическое + иммуностимулятор тимоцин) лечение достигло клинико-этиологического излечения у 103 (85,8%) пациентов с ХБНУИ. Применение иммуностимулирующего лечения дало 95% (у 38 из 40 больных) положительный результат среди больных с ХУ и ХЭ и 81,3% (у 65 из 80 больных) - среди больных с осложнениями ХБНУИ. Результаты сочетанной терапии больных ХБНУИ с применением тимоцина приведен на рисунке 6.8.

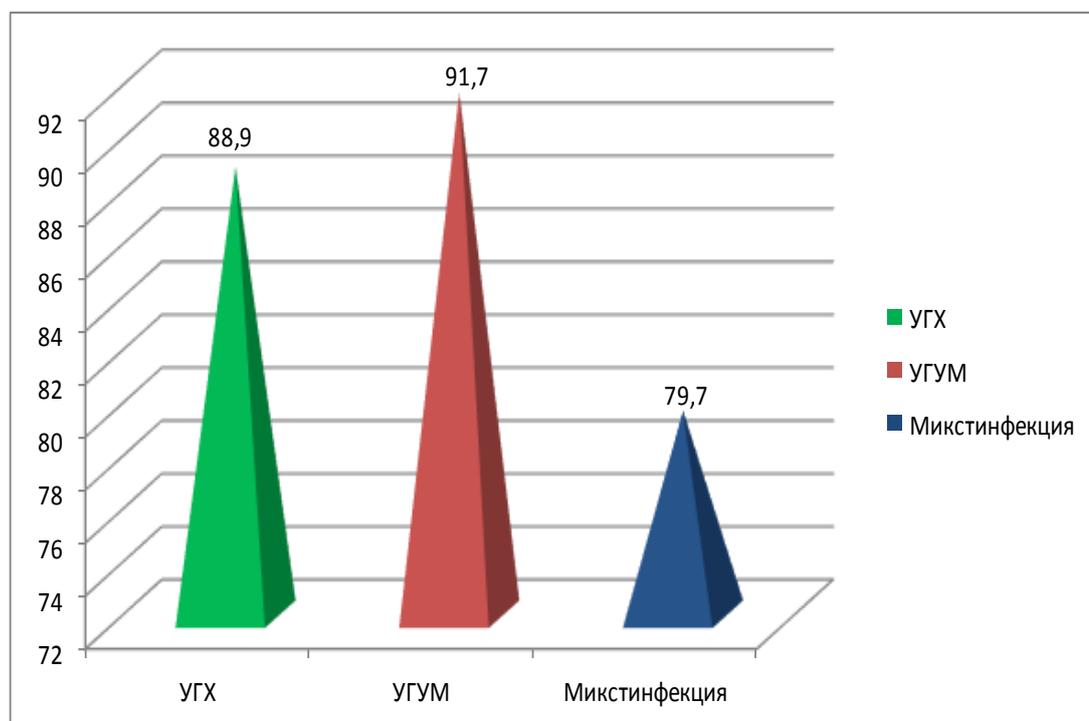


Рисунок 6.8. Результат комплексного лечения с тимоцином (%)

По данным рисунка 6.8, среди больных с хроническим УГХ (монохламидийная инфекция) положительный клинико-этиологический эффект получен в 88,9% случаев (у 32 из 36 больных). Эффективность комплексного лечения при хроническом урогенитальном уреамикоплазмозе составила 91,7% (у 33 из 36 больных), при смешанной (УГХ + УГУМ) инфекции – 79,7% (у 38 из 48 больных).

Отсутствие или недостаточная эффективность комбинированной терапии наблюдалась у 17 больных (2 – с поражением нижних отделов МПС и 15 – с восходящей инфекцией). Это связано с тем, что все больные страдали заболеваниями более 2-3 лет, имели по две – три ИППП, у большинства из них выявлено значительное угнетение клеточного иммунитета с уменьшением всех 3 основных показателей (CD_3 , CD_4 и CD_8 лимфоцитов).

Состояние иммунологических параметров у пациентов с ХБНУИ до и после комплексной терапии с применением тимоцина приведено в таблице 6.18.

Таблица 6.18. - Иммунологические показатели больных УГХ в динамике комплексной терапии с использованием тимоцина

Показатель	Контрольная группа (n = 50)	Больные (n = 90)	
		До лечения	После лечения
Лимфоциты, абс.	2,22 ± 0,15	1,91 ± 0,16	2,09 ± 0,15
Лимфоциты, %	32,6 ± 1,9	27,4 ± 1,7 ¹	29,8 ± 1,8
CD ₃ (Тлимфоциты), %	70,8 ± 3,1	62,9 ± 2,6	67,5 ± 2,6
CD ₄ (Т-хелперы), %	43,9 ± 2,0	32,7 ± 1,7 ⁴	37,4 ± 1,8 ¹
CD ₈ (Т-супрессоры), %	25,3 ± 1,6	17,1 ± 1,3 ³	21,8 ± 1,4
CD ₄ / CD ₈	1,74 ± 0,12	1,91 ± 0,14	1,82 ± 0,13
CD ₁₉ (В-лимф.), %	14,3 ± 1,1	18,0 ± 1,6	16,5 ± 1,5
IgA, г/л	2,21 ± 0,13	2,74 ± 0,16 ²	2,44 ± 0,15
IgM, г/л	1,98 ± 0,12	2,69 ± 0,15 ³	2,27 ± 0,14
IgG, г/л	14,5 ± 1,0	22,7 ± 1,5 ⁴	17,7 ± 1,4
ЦИК, г/л	2,49 ± 0,18	3,88 ± 0,22 ⁴	3,12 ± 0,20 ¹
ФАЛ, %	72,7 ± 5,2	52,3 ± 4,1 ³	60,3 ± 4,4
ФЧ	6,6 ± 0,5	4,5 ± 0,5 ²	5,1 ± 0,6
ФНО-α, пг/мл	7,36 ± 0,49	11,92 ± 0,73 ⁴	9,25 ± 0,67 ¹
ИЛ-1β, пг/мл	1,97 ± 0,13	3,22 ± 0,22 ⁴	2,36 ± 0,18
ИНФ-γ, пг/мл	5,57 ± 0,41	8,71 ± 0,59 ³	6,95 ± 0,53 ¹
ИЛ-10, пг/мл	7,68 ± 0,48	4,51 ± 0,33 ⁴	6,35 ± 0,38 ¹

Примечание: достоверность различия показателей у больных ХБНУИ до и после лечения (по Т-критерию Вилкоксона), по сравнению с данными контрольной группы (по U-критерию Манна-Уитни): 1 – p < 0,05; 2 – p < 0,02; 3 – p < 0,01; 4 – p < 0,001.

Как представлено в таблице 4.18, из 13 нарушенных до терапии параметров иммунной системы - CD₄ (p < 0,001), CD₈ (p < 0,01) лимфоцитов, IgM (p < 0,01), IgG (p < 0,001), ЦИК (p < 0,001), ФАЛ (p < 0,01), ФЧ (p < 0,02), ФНО-α (p < 0,001), ИЛ-1β (p < 0,001), ИНФ-γ (p < 0,01), ИЛ-10 (p < 0,001) - после сочетанного лечения с применением иммуностимулятора тимоцина вернулись к нормальным параметрам 8 (61,5%), в том числе 2 (66,7%) из 3 основных показателей (относительное количество лимфоцитов крови и CD₈-супрессоры) клеточного иммунитета.

Таким образом, в результате проведенного исследования установлена эффективность комплексного лечения хронических бактериальных урогенитальных инфекций с использованием отечественных

иммуностимуляторов тимогара и тимоцина. Оба препарата оказали положительное влияние на результаты лечения и иммунологические нарушения у больных ХБНУИ. Выявлено, что эффективность обоих препаратов в лечении больных ХБНУИ одинакова. Показано ведущее значение угнетения у больных ХБНУИ общего и местного иммунитета, нарушения активности провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в патогенезе инфекционного процесса, которые способствуют снижению эффективности лечения. В оценке эффективности проводимой терапии ХБНУИ рекомендуется изучение динамики иммунологических нарушений у больных.

Обсуждение полученных результатов

Результаты диссертационной работы показали, что до настоящего времени отсутствуют крупные исследования, освещающие состояние службы дерматовенерологической помощи населению Таджикистана в дореволюционное время, в советский период становления и развития здравоохранения и в настоящий период после обретения республикой государственной независимости. Имеющиеся брошюры и статьи, выполненные некоторыми организаторами здравоохранения, не дают полного представления о сложных путях становления и развития дерматовенерологической службы в Таджикистане. Развитие современных методов диагностики, внедрение нового инновационного технологического оборудования и аппаратуры в службу венерологии республики способствовало диагностике неизвестных ранее заболеваний, передающихся половым путем, таких как хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднелез, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус папилломы человека, вирус иммунодефицита человека и др. Определены медико-социальные и клинико-иммунологические особенности распространения и течения, хронических негонококковых уретритов у мужчин и женщин, установлены региональные факторы, способствующие их распространению. Исследований по изучению уреаплазмоза и микоплазмоза в Республике Таджикистан не проводилось, что отрицательно отражалось на полноценной диагностической и лечебной помощи больным с нарушениями репродуктивной функции. Следует отметить, что имеющиеся единичные научные работы, касающиеся деятельности службы дерматовенерологической помощи республики, посвящены в основном службе дерматологии, что требует разработки новых подходов по совершенствованию систематизации службы венерологической помощи населению на современном этапе развития общества. До настоящего времени многие аспекты службы остаются малоизученными и актуальными, что является одной из главных социальных причин значительного роста заболеваемости ИППП в республике [72, 222].

В последние десятилетия развитие современных методов диагностики и внедрение новых инновационных технологических оборудований и аппаратур способствовало ранней диагностики неизвестных этиологических причин заболеваний, передающихся половым путём [83, 84, 205, 296, 320, 331, 345, 363, 366].

Несмотря на современные достижения венерологии в сфере диагностики и лечения, проблема ИППП, их осложнения, и влияние на репродуктивные органы остается весьма актуальной [16, 54, 166, 251, 289, 327, 350, 388].

Вышеизложенное предопределило актуальность настоящего исследования и послужило основанием для его проведения.

Целью исследования явилось изучение особенностей организации и деятельности службы дерматовенерологической помощи в различных регионах республики, включая ведомственные учреждения, и разработки целенаправленного научно-обоснованного алгоритма эффективных мероприятий по оптимизации и дальнейшему совершенствованию работы службы дерматовенерологической помощи населению в современных социально-экономических условиях.

Научная работа связана с реализацией постановления Правительства Республики Таджикистан «О Национальной стратегии здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы», принятой постановлением Правительства Республики Таджикистан 02.08.2010 №368, Стратегией Республики Таджикистан в области науки и технологии на 2007-2015 гг. и приказом Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №713 от 20.12.2008 «По усилению работы с распространением кожных инфекций и инфекций, передающихся половым путем».

Теоретическими и методологическими основами исследования явились разработка новых межсекторальных подходов и услуг, нормативной базы службы венерологии в зависимости от потребности населения, основанной на теории массового обслуживания. Установлено, что в начальные годы обретения независимости не работала служба, не проводилась диспансеризация,

статистика не отражала истинного состояния заболеваемости, частнопрактикующие лица и другие специалисты, которые принимали больных, не вели никакого учета больных, что отражалось на показателях заболеваемости.

Объектом исследования выбраны организации и предприятия службы дерматовенерологической помощи республики, включая медицинские службы ведомственных учреждений и больные (мужчин и женщины) с хламидиозом, уреаплазмозом, микоплазмозом, включая практически здоровых мужчин и женщин от 18 до 48 лет, для определения качества лечения и степени удовлетворенности пациентов.

Предметом исследования явилось изучение истории организации, состояние развития службы дерматовенерологической помощи в различных административных регионах Республики Таджикистан до и после переходного периода, включая медицинские службы ведомственных учреждений в новых социально-экономических условиях и анализ нормативно-правовой базы, регулирующий (достижения, недостатки) деятельность службы в республике.

В ходе исследования и решения поставленных задач использовались историко-аналитические методы, экспертные оценки, социологические опросы, системный, ретроспективные анализы, клинические и диагностические исследования, а также современные статистические методы, в том числе расчёт относительных и средних величин с определением их достоверности.

Научная новизна исследования.

Впервые в Республике Таджикистан дана комплексная оценка становлению и развитию службы дерматовенерологической помощи на уровне всех административных территориях до и после обретения республикой государственной независимости, включая применение инновационных технологий с учетом экономических и демографических условий регионов республики. Осуществлен анализ и дана оценка действующих нормативно-правовых документов, регламентирующих функционирование службы дерматовенерологии республики.

Выявлены определенные достижения и недостатки в работе службы дерматовенерологической помощи населению, вскрыта необходимость проведения мероприятий, направленных на её непрерывное развитие и эффективное совершенствование.

Впервые в Республике Таджикистан определены медико-социальные и клинико-иммунологические особенности распространения, течения хронических бактериальных негонококковых уретритов у мужчин и женщин, разработаны эффективные методы их лечения с использованием иммуностимуляторов отечественного производства.

Впервые установлены региональные факторы, способствующие возникновению ИППП среди мужчин и женщин.

Дерматовенерологическая служба является одной из древнейших отраслей медицины. Начальный этап её развития соответствует свыше 3000 лет до н. э., и в настоящее время она относится к социально-значимым видам медицинской помощи [50, 72, 95, 199].

Изучение венерических и кожных болезней началось в глубокой древности, о них упоминается в Библии, в работах выдающихся ученых Гиппократ и Галена (I в до н. э.), в произведениях персидских ученых Ар-Рази (IX в.), Авиценны (IX – X в.) и др. [61, 72, 97, 199, 256].

О заболеваемости населения Средней Азии, до присоединения её к России, можно судить по свидетельству отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе и врачей, посещавших её в прошлом. Они отмечали распространение в Бухарском Ханстве множества разнообразных тяжелых болезней, таких как пендинка, сифилис, другие кожные и венерические болезни (А. Вомберга (1868), Л.Ф. Костенко (1871), Н. Ханькова (1882), И. Яворского (1889) и Д.Н. Логофета (1909)). В тот период в Средней Азии не было лечебных и фармацевтических учреждений, медицинских и фармацевтических работников [17, 18, 222].

Также нами установлено, что после присоединения к России в Средней Азии появились некоторые лечебные учреждения и медицинские работники, их

количество и объём оказываемой помощи были очень незначительными. На территории современного Таджикистана существовала лишь одна амбулаторная лечебница для местных женщин и детей в г. Худжанде, которая была открыта 29.09.1986. Больных с болезнями, передаваемыми половыми путями (сифилис), там же лечили врачи общего профиля и фельдшера. Среди 18640 зарегистрированных за 1886 – 1893 гг. пациентов 5,7% составил сифилис. Первым лечебным учреждением в Бухарском Ханстве была русско-туземная больница, которая была открыта в г. Бухаре в 1891 г., где лечились 34 больных с диагнозом сифилиса в 1910 г. (21 мужчин и 13 женщин). Русско-туземная больница имела стационар на 30 коек, амбулаторий и аптеку. В штат этой больницы входили 2 врача, 2 фельдшера и 1 фельдшерица, а также 1 провизор.

После проведенного поиска архивных материалов, нами установлено, что на территории Бухарского Ханства в 1913 году работало всего 13 врачей и 38 лиц среднего медперсонала, в том числе 6 зубных врачей (на 10 тыс. населения приходилось 0,13 врача и 3,8 среднего медперсонала). По данным Центрального государственного архива Узбекской ССР на территории Бухарского Ханства функционировали несколько больниц: городские больницы в городах Худжанд на 15 коек, в Пенджикенте на 6 коек, в Ура-Тюбе на 5 коек, сельские лечебницы – в Нау на 6 коек и в селе Надеждино Ура-Тюбе на 6 коек, а также несколько амбулаторных пунктов, в которых на 10 тыс. населения приходилось 0,4 больничных коек.

О структуре зарегистрированной заболеваемости населения, проживающего на территории современного Таджикистана в дореволюционном периоде, можно судить по некоторым дошедшим до нас материалам Бухарской Русско-туземной больницы (1910) г. Худжанда Худжандского уезда (1916) и Науского района Худжандского уезда (1909 – 1910 гг.). В Бухаре доля инфекционных болезней, включая венерические болезни, составила 43% в группе стационарных и 34% в группе амбулаторных больных. По данным Аверкиева (1905) в структуре заболеваемости населения Памира, общее число зарегистрированных больных, обратившихся по поводу кожных болезней,

составило 38,9%. Из заразных заболеваний наиболее распространенным среди населения Памира был сифилис, составлявший 31,9%, из числа инфекционных болезней [244].

На территории Восточной Бухары, составлявшей центральную и южную части территории современного Таджикистана, до свержения власти эмира Бухарского и образования Бухарской Народной Советской Республики (октябрь, 1920 г.) практически не было лечебных учреждений и медицинских работников. В период её существования (1920-1924 гг.) медицинская помощь населению Восточной Бухары оказывалась лишь в незначительном объёме врачами Красной Армии. Гражданское здравоохранение начало строиться здесь на совершенно пустом месте лишь с конца 1924 г., с момента образования Таджикской АССР и создания Наркомздрава молодой республики [222, 224].

В структуре заболеваемости населения значителен был удельный вес туберкулеза и сифилиса, главным образом его врожденных форм» [95, 222, 223].

По отчетам Наркомздрава Таджикской АССР, в 1925-1926 гг. пораженность сифилисом населения составляла 3,1%, а в отдельных районах она была еще выше.

Первым гражданским лечебным учреждением Таджикской АССР была главно-хирургическая амбулатория, которая открылась в г. Душанбе в феврале 1925 г. [164].

Изучение архивных материалов позволило нам установить, что образование специализированной кожно-венерологической службы в республике началось с момента создания первого венерологического пункта в 1926 г. в городе Душанбе, в составе городской амбулатории кожно-венерологического пункта. В 1927 г. в Худжанде в составе городской амбулатории был организован венерологический кабинет. В 1928 году Постановлением Совета Народных Комиссаров Таджикской АССР от 21.12.1927, протокол № 14, в г. Душанбе в составе городской амбулатории был организован кожно-венерологический диспансер. С октября 1928 г. кожно-

венерологический диспансер начал функционировать. Это было первое в республике узкоспециализированное лечебное учреждение. В 1929 г. на территории республики уже функционировали 9 кожно-венерических учреждений: один кожвендиспансер и 8 кожвенкабинетов в нескольких городах (Худжанд, Канибадам, Ура-Тюбе, Куляб и др.). В 1929 г. в г. Душанбе был открыт кожвендиспансер, который в 1931 г. был переименован в Республиканский кожвендиспансер. В 1930 году был открыт Кулябский областной кожвендиспансер, в 1932 году – Ленинабадский областной кожвендиспансер.

Кроме этих больниц, работали городской приемный покой в Чарджоу, Керкинская амбулатория и амбулатория при военном лазарете в Пата-Гиссар. По некоторым данным, на этой территории функционировали ещё несколько амбулаторий. Эти маленькие лечебные учреждения с 25 – 30 койками обслуживали Бухарское Ханство с населением более 3 млн. человек.

Информация об истории развития отдельных специализированных медицинских служб, в том числе кожно-венерологической помощи в Таджикской ССР представляют бесспорный интерес. Ввиду отсутствия гражданских медицинских работников, медицинскую помощь населению нашего края в первые годы оказывали военные медики из частей Красной Армии, дислоцированных в различных районах. Наряду с лечебными работами, военные врачи проводили значительную работу по обеспечению санитарно-эпидемического благополучия в республике. При изучении материалов установили, что по данным обращаемости за медицинской помощью, среди всех заболеваний первое место занимали кожные болезни (грибковые заболевания, кожный лейшманиоз, чесотка, пиодермиты и сифилис).

Начиная с 1930 г. Наркомздрав Таджикской ССР, ежегодно организовывал венерологические экспедиции и направлял их в районы республики, которые в трудных и опасных условиях проводили большую лечебно-профилактическую, санитарно-просветительную работу. В 1930-1931 гг. экспедиции провели обследование населения Пенджикентского, Матчинского и Захматабадского

районов, проделали по горным тропам около трех тысяч километров.

Кожно-венерологическая служба республики в конце 30-х годов получила значительное развитие, почти во всех городах и крупных районах были организованы диспансеры, кабинеты и пункты.

В 1933 г. в Худжанде был организован первый, постоянно функционирующий, кожно-венерологический стационар при кожно-венерологическом диспансере на 26 коек. Затем в 1935 г. в городе Душанбе при Республиканской больнице (ныне ГКБ №1) - были организованы кожно-венерологические стационары на 20 коек. В конце 1935 г. в Душанбе была открыта грибковая больница на 50 коек (называвшаяся тогда фавозной больницей).

До начала Великой Отечественной войны республика имела развитую сеть кожно-венерологических учреждений. В этот период в городах и районах функционировало 31 специализированное кожно-венерологическое учреждение с 174 койками.

В годы Великой Отечественной войны многие врачи и средние медицинские работники кожно-венерологических учреждений были мобилизованы в ряды Красной Армии. В связи с этим, темпы развития службы дерматовенерологической помощи несколько снизились, отмечался некоторый рост заболеваемости кожными и венерическими болезнями.

Несмотря на трудные условия, связанные с восстановлением разрушенного войной народного хозяйства страны, Советское правительство уделяло большое внимание развитию здравоохранения, в частности дерматовенерологической сети по всем регионам республики. Кожно-венерологическая служба получила дальнейшее развитие в послевоенный период. В связи с усилением борьбы с кожными и венерическими заболеваниями в 1945 г. во многих городах и районах Таджикской ССР были организованы: 2 межрайонных кожно-венерологических диспансера, 10 – кожно-венерологических пунктов, увеличено количество специализированных коек к концу 1945 г. до 240.

Большие сдвиги в развитии службы кожно-венерологической помощи произошли в 50-60 годы XX века. В это время почти во всех городах и районах были организованы кожно-венерологические учреждения со стационарами, оснащенные современным диагностическим и лечебным оборудованием. В этот период населению республики оказывали специализированную помощь 56 кожно-венерологических учреждений, в том числе 16 диспансеров, 9 отделений и 31 кабинет. При них функционировали 22 серологических, 20 клинико-диагностических и 6 бактериологических лабораторий. Несмотря на ликвидацию в республике фавуса, кожного лейшманиоза, снижение венерических и заразных кожных заболеваний, служба дерматовенерологической помощи усилила осуществление профилактических мероприятий. Коечная обеспеченность дерматовенерологических учреждений республики продолжала расти, составив к 1965 году 765 коек, к середине 70-х годов – 1650, к середине 80-х годов – 1740 коек, что полностью обеспечивало госпитализацию больных. В дальнейшем, в связи со значительным уменьшением числа больных венерическими и заразными кожными заболеваниями, количество дерматологических коек в республике было сокращено, составив к началу 90-х годов 1167 коек.

В 1970-х годах в республике функционировало 61 кожно-венерологическое учреждение (18 диспансеров, 9 отделений и 34 кабинета). Обеспеченность койками составляла 5 на 10000 населения (средне союзный показатель – 2,3). В службе работали 143 врача дерматовенеролога и 25 врачей лаборантов. Открытие баз по подготовке специалистов способствовало заметному увеличению количества врачей дерматовенерологов в республике. Так, если число врачей дерматовенерологов в 1945 году составляло 20 человек, то уже к концу 60-х годов их количество увеличилось до 101, а к середине 70-х годов – до 143. В конце 80-х годов количество врачей дерматовенерологов в республике достигло 182 человек.

В Согдийской (Ленинабадской) области с 1928 года работали врачи кожвенерологи. В 1931 году на базе санбаклаборатории в городе Худжанде было

открыто серологическое отделение, в 1932 году - кожно-венерический диспансер. Были открыты кожно-венерологические кабинеты, пункты и отделения в Канибадаме, Истаравшане, Исфаре, Пенджикенте и в ряде других районов.

В Хатлонской (где объединили Кулябскую и Курган-Тюбинскую области) области были организованы специализированные кожно-венерологические кабинеты. В 1930 году в городе Кулябе был открыт кожно-венерологический диспансер. В городе Курган-Тюбе кожно-венерологический диспансер открыли в 1958 году. Структура областных диспансеров состояла из амбулатории (вели приём больных) и стационарного отделения, кроме того на базе диспансера функционировали лаборатория и физиотерапевтическое отделение. Постепенно во всех районах и городах Хатлонской области были открыты кожно-венерологические кабинеты, пункты и отделения.

Из архивных материалов было установлено, что в ГБАО на базе Областной поликлиники города Хорога в 1938 г. впервые был открыт кабинет дерматолога. В 1955 году на базе инфекционного отделения областной больницы были открыты две палаты для кожных заболеваний. В 1966 году в г. Хороге был открыт Областной кожно-венерологический диспансер. В дальнейшем по всей области были открыты кожные кабинеты, на базе диспансера создана лаборатория.

Установлено, что в районах республиканского подчинения были открыты сначала кожные кабинеты, затем кожные отделения. В городе Турсунзаде в 1948 году была открыта кожно-венерологическая больница, в городе Вахдате (Орджоникидзабад) и Гиссарском районе – кожные отделения, в остальных районах и городах – кожные кабинеты на базе ЦРБ.

Нами установлено, что, кроме республиканского кожно-венерического диспансера и городской клинической больницы №1, где расположена была кафедра кожных и венерических болезней Таджикского государственного медицинского института им. Абуали ибни Сино, в городе Душанбе, столице Таджикской ССР, в 1970 году открылся городской кожно-венерологический

диспансер (ГКВД), который включал поликлиническую часть и венерологическое отделение, состоявшее из 100 коек. ГКВД г. Душанбе обслуживал столицу республики и близлежащие районы.

В борьбе с венерическими и кожными заболеваниями при Исполнительных комитетах Советов народных депутатов в целях координации деятельности органов здравоохранения и других ведомств созданы постоянно действующие межведомственные комиссии, а при Министерстве здравоохранения, областных и горздравотделах, центральных районных больницах – штабы.

Установлено, что особенностями борьбы с венерическими болезнями в СССР являются ее государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода, единство научно обоснованных методов профилактики, диагностики и лечения. Государственный характер этой борьбы был определен сразу же после установления Советской власти в 22.04.1918. В связи с этим, начиная с 1965 г., кожно-венерологические учреждения республики осуществляли систематическую диспансеризацию больных хроническими кожными заболеваниями, что способствовало уменьшению числа рецидивов, более благоприятному их течению, сокращению дней нетрудоспособности, продлению продолжительности жизни больных тяжелыми дерматозами [36, 55, 95, 97, 256].

Врачи дерматовенерологи принимали активное участие в проведении ежегодной диспансеризации населения республики. Диспансерный метод борьбы с венерическими болезнями не имеет аналогов ни в одной стране мира по полноте реализации на практике и эффективности управления ситуацией. Все принципы диспансерного метода взяты на вооружение Всемирной организацией здравоохранения, на их основе построены рекомендации ВОЗ по организации борьбы с распространением венерических болезней.

Появившаяся в 1988 г. тенденция пересмотреть диспансерный метод и предложить равноценную ему альтернативу на том основании, что диспансерный метод устарел, и не оправдал себя, не получила развития.

Анонимное обследование, неизбежно ведущее к неполному выявлению заведомо больных венерическими болезнями (только за неполный 1988 г. работы кабинета анонимного обследования в Москве исчезли из-под наблюдения около 30% лиц с положительными серологическими реакциями на сифилис и 50% больных гонореей), полностью снимает ответственность врача за судьбу больного и контактировавших с ним лиц. Немалое значение при этом сыграло и то, что в стране наметились разные формы платной медицины и частная практика.

Нами установлено, что с ростом других инфекций, передающихся половым путем, роль которых в общей заболеваемости возрастает, необходима разработка эффективных и достаточно простых для применения в практике методов диагностики половых инфекций, распространение на них диспансерного метода борьбы – один из действенных путей профилактики венерических болезней.

Нами установлено, что в результате проведенных исследований и изученных архивных материалов за период 50-90 гг. прошлого столетия советского время особенно, в 70-80-е годы, в службе дерматовенерологической помощи республики произошли качественные и количественные изменения. Число кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов увеличилось в несколько раз. Во всех районах, городах и центрах области были открыты кабинеты, отделения и диспансеры.

Таким образом, становление и развитие службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан можно условно разделить на следующие периоды: дореволюционный, характеризующийся отсутствием службы дерматовенерологической помощи (1887-1926 гг.); период становления (1926-1950 гг.); период организации самостоятельного и бурного развития службы дерматовенерологической помощи (1950-1980 гг.); период реорганизации системы службы дерматовенерологической помощи в годы общественно-политической нестабильности (1992-1997 гг.) и период новейшей истории развития службы дерматовенерологической помощи (с 1998 года).

Согласно постановления Правительства Республики Таджикистан о “Рационализации медицинских учреждений Республики Таджикистан на период 2011-2020 годы” сокращены 282 дерматологических койки, в настоящее время функционируют 885 коек, из них 690 стационарных и 195 дневных коек [209].

Таким образом, дерматовенерологическая служба Таджикистана, как и другие медицинские службы, образовалась и получила всестороннее развитие в Советские годы. Однако, следует отметить, к периоду распада СССР кадровый и материально-технический потенциал службы имел некоторые недостатки. В некоторых районах республики не было врачей дерматовенерологов, в некоторых кожвендиспансерах наблюдалась недоукомплектованность врачебными и средне-медицинскими кадрами. Из-за недостаточного финансирования в некоторых кожно-венерологических учреждениях отсутствовали клинические или серологические лаборатории, не хватало врачей лаборантов. Одной из важных причин периодических вспышек заболеваемости населения инфекциями, передающимися половым путем, в те годы являлось ослабление, а в некоторых регионах отсутствие взаимосвязанной работы дерматовенерологической службы с эпидемиологической, акушерско-гинекологической и урологической службами.

В первые же годы независимости в связи с неблагоприятной эпидемиологической обстановкой в 90-е годы по ВИЧ/ИППП Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 6.01.1997 №27 была принята «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения до 2005 года», Постановлением Правительства РТ от 9.04.1997 №163 принята «Национальная программа профилактики и борьбы с вирусом иммунодефицита человека, СПИД и болезнями, передаваемыми половым путем (БППП), в Республике Таджикистан на 1997-1998 годы», Постановлением № 516 Правительства РТ 30 декабря 2000 года была утверждена новая "Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД/БППП в Республике Таджикистан на период до 2007 года" [173, 175, 176].

5.11.2002 Постановлением Правительства Республики Таджикистан за № 436 принята «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года», Постановлением Правительства Республики Таджикистан от 2.08.2010 №368 принята новая «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы», в которой особое внимание уделено профилактике ВИЧ/СПИД, ИППП [172, 174].

Министерством здравоохранения Республики Таджикистан для реализации постановлений Правительства РТ 14.03.03 приказом №97 утверждены инструкции «Об амбулаторном обследовании и лечении больных ИППП», «О синдромном подходе к ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем», «Положение о первичной профилактике больных инфекциями, передаваемыми половым путем, в лечебно-профилактических учреждениях» и «Временная инструкция по учету больных с синдромным диагнозом поражений урогенитальной сферы», которые уже к концу 2003 года при финансовой поддержке Фонда населения ООН были изданы в достаточном количестве. Эти документы в виде отдельной, хорошо оформленной инструкции при финансовой поддержке Глобального фонда были переизданы в 2005 г. [178].

В приказе указано о внедрении синдромного метода ведения больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, в районах, где нет дерматологов и лабораторий по их диагностике, в первую очередь, в медицинских учреждениях первичной медико-санитарной помощи.

Для повышения эффективности противодействия распространению ИППП Министерством здравоохранения Республики Таджикистан издан приказ от 20 декабря 2008 года, № 713 «По усилению борьбы с распространением кожных инфекций и инфекций, передающихся половым путем».

Нормативно-правовая база службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до сих пор основывается на действующих на территории РТ приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами МЗ СССР, которые не соответствуют современным требованиям и

не дают желаемого результата (в Республике Таджикистан был принят закон, утвержденный Президентом от 26.03.2009 №506, где в пункте 2 статьи 7 предписано, что законы и другие нормативно-правовые акты бывшего Союза Советских Социалистических Республик и Таджикской Советской Социалистической Республики, не противоречащие Конституции (Основному закону) Республики Таджикистан, законам Республики Таджикистан и другим международным правовым актам, признанным Таджикистаном, считать действующими на территории Республики Таджикистан до принятия соответствующих нормативно-правовых актов) [67, 68].

Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь городских и областных (республиканских) кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов РТ до настоящего времени устанавливаются по приказам и нормативным документам МЗ СССР [194, 195, 196].

В деятельности службы дерматовенерологической помощи используется приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №546 от 24.09.2008 «Об утверждении номенклатуры должностей с высшим и средним медицинским и фармацевтическим образованием в учреждениях здравоохранения Республики Таджикистан»; приказ Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан от 07.06.2017, №602 «Об утверждении Перечня должностей медицинских и фармацевтических работников организаций и учреждений системы здравоохранения Республики Таджикистан», согласно которым в номенклатуру должностей включен врач дерматовенеролога.

Установлено, что, согласно постановлению Правительства Республики, Таджикистан «Об утверждении стратегии финансирования отрасли здравоохранения Республики Таджикистан на 2005-2015 годы», № 171 от 10 мая 2005 года, финансирование службы дерматовенерологической помощи остается моноканальным без альтернативных источников финансирования, а также в нем отсутствует нормативный показатель обращаемости на 1000

населения. Внедрение подушевого финансирования в учреждениях ПМСП регламентируется постановлением Правительства Республики Таджикистан «О вопросах внедрения подушевого финансирования учреждений первичной медико-санитарной помощи» №827 от 31.12.2015, в котором не учтены учреждения службы дерматовенерологической помощи. Также реализация ранее принятых законов Республики Таджикистан “О медицинском страховании в Республике Таджикистан” №408 от 18.06.2008; «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» №677 от 29.12.2010; «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» №1080 от 14.03.2014; «О медицинском страховании в Республике Таджикистан» №1490 от 02.01.2018 была приостановлена законом Республики Таджикистан “О внесении изменений в закон Республики Таджикистан “О медицинском страховании в Республике Таджикистан” (ведомость Маджлиси Оли Республики Таджикистан, 2008 г. №6, ст. 466; 2010 г., №12, ч.1, ст. 836, 2014 г. №3 ст.155), что могло бы стать альтернативным источником финансирования для службы дерматовенерологической помощи.

Нами установлено, что Постановление Правительства Республики Таджикистан «О районных коэффициентах, коэффициентах за работу в пустынных, безводных местностях и в высокогорных районах» №303 от 03.05.2014; закон Республики Таджикистан «Об охране здоровья населения» №412 от 15 мая 1997 г; список производств, цехов, профессий и должностей с вредными и тяжелыми условиями труда, утвержденный Постановлением Правительства Республики Таджикистан №521 от 31 декабря 2002 г. (внесены изменения и дополнения постановлением Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2007 г., №658), направленный на социальную поддержку сотрудников службы дерматовенерологической помощи, остались нереализованными.

Результаты исследования нормативных документов показали, что в приказе Министерства здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан №560 от 03.04.2007 «О правилах и организации

прохождения аттестации медицинских и фармацевтических кадров» предусмотрен вопрос о прохождении аттестации: на соответствие занимаемой должности через 3 года; на 2-ю категорию через 5 лет; на 1-ю категорию через 7 лет; на высшую категорию через 15 лет. Кроме того, установлено, что выдача сертификата специалиста для занятия медицинской деятельностью, которая осуществляется на основании главы 5, статьи 20, 21 Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, где специалисты должны проходить сертификацию (не менее 1 раз в 5 лет), на практике не применяется.

Установлено, что частная медицинская деятельность, отраженная в главе 10 кодекса и закона Республики Таджикистан «О государственно-частном партнерстве» №907 от 28.12.2012, в виде альтернативной службы с государственным регулированием отдельных или всех видов медобслуживания, не получила широкого применения. В кодексе отсутствует раздел финансирования службы дерматовенерологической помощи, а также вопросы модернизации с использованием инновационных технологий.

Дальнейшее изучение существующих нормативно-законодательных актов, а именно: приказа Министерства здравоохранения Республики Таджикистан «Об утверждении нормативно-правовой базы семейной медицины» №584 от 31.10.2005; закона Республики Таджикистан «О семейной медицине» №330 от 01.07.2011 и Кодекса здравоохранения Республики Таджикистан, регламентирующих сферу деятельности семейного врача, показало, что в них не отражены вопросы оказания специализированной помощи в амбулаторных условиях, когда пациент не нуждается в круглосуточном наблюдении, степень и уровень взаимодействия смежного врача с врачами службы дерматовенерологической помощи.

Нами доказано, что приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан №33 от 28.01.2010 «О совершенствовании работы службы дерматовенерологической помощи в Республике Таджикистан», который базируется на действовавших приказах Минздрава СССР, не отвечает

современным требованиям, в частности приказ не учитывает климато-географические и демографические условия.

В целом, существующая нормативно–правовая база службы дерматовенерологической помощи республики нами оценена как не соответствующая современным требованиям и не соответствует темпам и направлениям социально-экономического развития страны, сдерживает проведение системных преобразований и снижает эффективность использования ресурсов здравоохранения. На наш взгляд, в нормативных документах не регламентированы правила службы дерматовенерологической помощи, взаимоотношения врача и пациента, не отражены вопросы социально–правовой защиты медперсонала службы дерматовенерологической помощи и взаимодействия с другими службами.

Законодательное обеспечение службы должно носить системный характер, соответствовать темпам и направлениям социально-экономического, общественного развития страны, создавать условия для эффективного использования ресурсов здравоохранения.

Таким образом, действующие нормативно–правовые акты, регламентирующие деятельность службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан до сих пор в значительной степени основываются на приказах и инструкциях, утвержденных приказами МЗ СССР, которые не соответствуют современным социально-экономическим, демографическим и климатогеографическим условиям [67].

Исходя из вышеизложенного, можно сделать вывод, что состояние дерматовенерологической службы РТ требует усовершенствования, почти не использованы её ресурсы, а значит, требуется дополнительное изучение данной проблемы, что явилось целью настоящего исследования.

Проведенные ранее нами исследования, а также данные литературы показывают, что в группе риска распространения ИППП/ВИЧ находятся трудовые мигранты, к которым относятся около 20% мужского населения Таджикистана. Низкая информированность трудовых мигрантов о

профилактике урологических инфекций способствует заражению и распространению ИППП/ВИЧ среди них и их семей, а поздняя обращаемость за медицинской помощью в связи с финансовыми проблемами способствует возникновению у них патологии репродуктивных органов и иммунной системы [83, 90, 114, 142, 220, 260].

Социально-экономические изменения в Республике Таджикистан, происшедшие в конце 20 века, создали предпосылки, способствующие росту заболеваемости сексуально-трансмиссивными патологиями; ухудшению экономического положения населения, снижению доступа к качественной медицинской помощи, разрушению существовавшей системы выявления, увеличению числа вынужденных мигрантов, отсутствию регистрации больных с ИППП, лечению у частнопрактикующих и других специалистов.

Резкий рост числа мигрантов из Республики Таджикистан, случайные половые связи, отсутствие адекватной пропаганды и профилактики венерических заболеваний (особенно среди молодого поколения), снижение возможности получения качественной медицинской помощи при заражении привели к резкому росту ИППП [83, 90, 142, 220, 253].

ИППП способны вызывать восходящие воспалительные процессы в уrogenитальном тракте, патологию новорожденных, бесплодие, сексуальные нарушения. Для ИППП характерны не только специфические жалобы, клинические признаки, но и психопатологические реакции и расстройства, связанные с конфликтами во внутрисемейных взаимоотношениях, проявляющиеся сексуальными нарушениями. Поэтому, инфекции, передающиеся половым путем, определяются как социально значимые, внесшие существенный «вклад» в величину потерь человеческого потенциала по медико-биологическим аспектам [66, 72, 73, 75, 403].

Лечение больных хроническими формами бактериальных ИППП из-за нередких рецидивов, представляет трудную задачу. В последние годы с целью повышения эффективности их лечения, наряду с антибактериальной терапией,

рекомендуется применение иммуномодуляторов [54, 58, 83, 90, 142, 220, 243, 253, 364, 366, 370].

В РТ по проблеме УГХ в последние годы проведен ряд исследований, в которых были выявлены клинико-иммунологические особенности хронических, осложненных форм хламидийной инфекции у мужчин и женщин, в том числе из группы высокого риска и показана эффективность отечественных иммуномодуляторов тимоцин и тимогар в комплексном их лечении [83, 90, 142, 220, 243, 253]. Что касается уреаплазмоза и микоплазмоза, то в РТ исследований по этим ИППП до настоящего времени не проводилось.

Проведенным нами исследованием выявлено, что в РТ бактериальные ИППП (урогенитальный хламидиоз (УГХ) и уrogenитальный уреамикоплазмоз (УГУМ)) являются одними из самых распространенных воспалительных заболеваний у мужчин и женщин. Возрастанию интереса к этой группе инфекций способствовало более подробное изучение клинико-патогенетических особенностей действия микоплазм и хламидий, в частности их влияние на репродуктивную и половую функции мужского и женского организма, что определяет высокую социальную значимость данной проблемы. Нами установлено, что увеличению частоты длительно текущих и осложненных форм УГХ и УГМУ способствует низкая информированность мужского и женского населения об ИППП и способах их профилактики. Исследование показало, что для мужчин и женщин, ведущих беспорядочный половой образ жизни, характерно тяжелое детство (многие росли в неудовлетворительных материально-бытовых условиях, без отца и/или без матери), низкое образование, частая смена половых партнеров, высокая миграция, большее количество больных с микстинфекцией и осложнениями ИППП. Полученные нами данные о роли информированности и репродуктивного поведения в распространении заболеваемости хламидиозом и уреамикоплазмозом согласуются с результатами других исследователей [132, 241, 252].

У обследованных нами больных мужчин и женщин клиническое течение хронических УГХ и УГМУ характеризовалось в 24% случаев у мужчин и 28% - женщин отсутствием какой-либо симптоматики, а из, соответственно, 76% и 72% больных с какими-либо признаками болезни у части пациентов – слабо выраженное, что согласуется с результатами многих исследователей [13, 102, 131].

Нами подтверждены данные других исследователей, что у мужчин основными клиническими проявлениями хронического бактериального (хламидийного и/или уреамикоплазменного) уретрита являются незначительные слизистые или слизисто-гнойные выделения из уретры, наличие слипания губок уретры, незначительные рези при мочеиспускании, небольшое жжение в уретре, у женщин - незначительные слизистые или слизисто-гнойные выделения из цервикального канала, наличие фолликулярного цервицита (образование на слизистой оболочке в области зева лимфоидных фолликулитов), повышенная кровоточивость слизистой оболочки шейки матки, а также у мужчин и женщин - лейкоцитоз (100%) при микроскопическом исследовании материала из уретры и/или цервикального канала [103, 107, 132].

У обследованных нами больных с моно- и микстинфекцией выявлены воспалительные изменения (у мужчин в уретре и предстательной железе, у женщин в уретре, шейке матки, а при уреамикоплазмозе и во влагалище) с возрастающей симптоматикой. Выявлено, что у больных с микстинфекцией воспалительная реакция была более выраженной (у 60% больных против 36,7% при моноинфекции).

Наряду с факторами, связанными с поведением пациентов, несвоевременное и неадекватное диагностирование и как следствие запоздалое и неэффективное лечение – главные пробелы ведения больных хроническими бактериальными ИППП, приводящие к хронизации процесса, развитию аутоиммунной патологии, воспалительным заболеваниям органов таза и их

последствиям: простатиту, ВЗОМТ, бесплодию, невынашиванию беременности и др.

Диагноз урогенитальных инфекций (хламидиоза, уреаплазмоза и микоплазмоза) устанавливался, в основном, при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР), реже - реакции прямой иммунофлуоресценции. Кроме того, у некоторых больных обнаружены гонорея, трихомониаз, гарднереллез, золотистый стафилококк. Сочетание двух инфекций, передаваемых половым путем, наблюдалось в 25% случаев, трех и более – в 18,3%.

У больных хроническими УГХ и УГУМ выявлены схожие иммунологические нарушения: подавление активности клеточного иммунитета, на что указали низкие цифры содержания CD4 и CD8 лимфоцитов, а также ФАЛ и ФЧ и увеличение активности гуморального иммунитета, что определялось повышением уровня сывороточных IgM, IgG и ЦИК, у больных УГХ еще и CD19 лимфоцитов. У больных с сочетанием УГХ и УГУМ (микстинфекция), а также с осложнениями (у мужчин – простатит, у женщин – ВЗОМТ) иммунологические нарушения были выражены больше.

Результаты наших исследований согласуются с данными других авторов, изучавших состояние иммунитета у больных хроническими бактериальными ИППП [131, 135 и др.].

Иммунологические нарушения, выявленные у больных хроническими бактериальными ИППП, обусловлены, по-нашему мнению, хламидийной и уреамикоплазменной инфекциями, а у больных с микстинфекцией – их ассоциацией и дополнительно другой микробной флорой, имеющейся в мочеполовых органах. Об этом свидетельствует тот факт, что у больных с микстинфекцией по сравнению с моноинфекцией наблюдаются более выраженные (достоверные) изменения некоторых иммунологических показателей.

Подчеркивая важность комплексной патогенетической терапии хронических урогенитальных инфекций хронических бактериальных ИППП,

необходимо отметить, что основой этиотропной терапии являются антибактериальные препараты, действующие на возбудителя заболевания.

Выявленные нами у больных хроническими бактериальными ИППП изменения клеточного и гуморального иммунитета и фагоцитарных реакций, а также провоспалительных и противовоспалительных цитокинов требуют применения иммуномодуляторов и средств, повышающих неспецифическую реактивность организма.

Обнаруженные у обследованных больных хроническими бактериальными ИППП в стадии обострения заболевания изменения в иммунной системе, в первую очередь низкий уровень CD4 и CD8 лимфоцитов, явились основанием для использования и изучения эффективности в комплексном их лечении иммуностимуляторов тимоцина и тимогара, которые нормализуют уровень регуляторных Т-лимфоцитов и Т-хелперов, стимулируют реакции гуморального иммунитета, фагоцитоз, комплементзависимые реакции, при иммунодефицитных состояниях восстанавливают гематологические показатели крови.

В зависимости от использованных методов лечения больные были разделены на 3 группы. 1 группа (120 больных) получила только этиотропное лечение азитромицином. Во 2 группе (110 больных) использовано сочетанное лечение (азитромицин + иммуностимулятор тимогар). В 3 группе (120 больных) проведено сочетанное лечение (азитромицин + иммуностимулятор тимоцин).

Результаты лечения показали преимущество сочетанных методов лечения хронических урогенитальных инфекций с использованием иммуностимуляторов. Так, при этиологическом лечении положительный результат (полное исчезновение клинических симптомов и этиологическое излечение от всех ХБНУИ, подтвержденное двукратным отрицательным анализом ПЦР – через 4 и 8 недель после лечения) получено у 74,2% больных: 86,7% - с ХУ и ХЭ и 66,7% – с восходящей инфекцией МПС. Положительный результат при моноинфекциях достигнут соответственно у 77,1% больных с ХУГХ и 82,9% – с ХУГУМ, при микстинфекции – у 66%. Этиологическое

лечение не оказало положительного влияния на измененные до лечения иммунологические показатели у больных ХБНУИ. Только 30% измененных до лечения иммунологических показателей после этиотропной терапии нормализовались.

Комплексное лечение с применением иммуностимулятора тимогара дало клинико-этиологическое излечение у 83,6% больных 2 группы. Иммуностимулирующая терапия показала 95% результат среди больных с ХУ и ХЭ и 77,1% - при восходящей инфекции. Среди больных с хроническим УГХ положительный эффект достигнут у 88,6%, среди больных с хроническим УГУМ – у 91,4%, при микстинфекции – у 72,5%.

Комплексное лечение с тимогаром оказало положительное влияние на измененные до лечения иммунологические показатели у больных ХБНУИ. 54,5% измененных до лечения иммунологических показателей после иммуностимулирующего лечения нормализовались.

В 3 группе комплексная терапия ХБНУИ с использованием иммуностимулятора тимоцина дала клинико-этиологическое выздоровление у 85,8% пациентов с ХБНУИ. Применение иммуностимулирующего лечения дало 95% положительный результат среди больных с ХУ и ХЭ и 81,3% - среди больных с осложнениями ХБНУИ. Среди больных с хроническим УГХ (монохламидийная инфекция) положительный клинико-этиологический эффект получен у 88,9% больных, при хроническом урогенитальном уреамикоплазмозе - у 91,7%, при смешанной (УГХ + УГУМ) инфекции – у 79,7%. У больных с ХБНУИ под влиянием иммуномодулирующей терапии с тимоцином вернулись к нормальным параметрам 8 (61,5%) из 13 измененных до лечения показателей иммунитета, в том числе 2 (66,7%) из 3 основных показателя клеточного иммунитета.

В результате проведенного исследования установлена эффективность комплексного лечения хронических бактериальных урогенитальных инфекций с использованием отечественных иммуностимуляторов тимогара и тимоцина.

Оба препарата оказали положительное влияние на результаты лечения и иммунологические нарушения у больных ХБНУИ. Выявлено, что эффективность обоих препаратов в лечении больных ХБНУИ одинакова. Показано ведущее значение угнетения у больных ХБНУИ общего и местного иммунитета, нарушения активности провоспалительных и противовоспалительных цитокинов в патогенезе инфекционного процесса, которые способствуют снижению эффективности лечения. В оценке эффективности проводимой терапии ХБНУИ рекомендуется изучение динамики иммунологических нарушений у больных.

Наши исследования подтверждают данные других авторов о возможности повышения эффективности лечения хронического урогенитального хламидиоза и уреаплазмоза у мужчин и женщин при использовании комплексных методов лечения с применением иммуномодуляторов [66, 136].

Научное обоснование улучшения репродуктивного здоровья мужчин и женщин с ИППП на основе разработки и внедрения новых организационных технологий в Республике Таджикистан, медико-социальные аспекты и пути совершенствования дерматовенерологической, урологической и гинекологической служб республики на современном этапе является весьма актуальной и важной задачей общественного здоровья и здравоохранения.

Таким образом, из вышеизложенного можно сделать вывод, что в своем развитии служба дерматовенерологической помощи РТ прошла сложный исторический путь.

Несмотря на достигнутые успехи в становлении и развитии службы, в 90-е годы существующая структура здравоохранения и кожно-венерологическая служба оказались неспособными адекватно реагировать на возросшие проблемы здоровья и спрос населения.

Выводы

1. До присоединения к России в Средней Азии не было лечебных и фармацевтических учреждений, медицинских и фармацевтических работников. О заболеваемости населения Средней Азии получали сведения по записям и свидетельствам отдельных путешественников и должностных лиц, в том числе врачей, посещавших в прошлом Среднюю Азию. Становление здравоохранения началось с момента образования в 1924 году Таджикской АССР и создания Наркомздрава молодой республики [15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А].
2. По данным архивных материалов установлено, что сифилис в общей структуре заболеваемости женщин и детей в г. Худжанде в 1886 году составил 5,7%, доля инфекционных болезней, включая венерические, в конце 19-го – начале 20-го вв. среди стационарных больных составила 43%, среди амбулаторных – 34%; среди населения Памира сифилис в структуре инфекционных болезней был самым распространенным, составив 31,9% [12-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А, 24-А, 25-А, 31-А, 36-А, 38-А, 40-А, 41-А].
3. Особенности борьбы с кожными и венерическими заболеваниями в Советский период (1924-1990 гг) в Республике Таджикистан являлись её государственный характер, профилактическое направление на основе диспансерного метода [1-А, 12-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 21-А, 39-А, 40-А, 41-А].
4. Социально-экономические изменения, произошедшие в РТ в первые годы обретения государственной независимости (ухудшение экономического положения населения, снижение доступа к качественной медицинской помощи, увеличение числа вынужденных мигрантов, развал в работе службы дерматовенерологической помощи, отсутствие регистрации больных с ИППП, лечение у частно-практикующих и других специалистов, рост случайных половых связей, отсутствие адекватной пропаганды и профилактики венерических заболеваний, особенно среди

молодёжи, снижение возможности получения качественной медицинской помощи при заражении), привели к резкому росту ИППП. Одной из важных причин периодических вспышек заболеваемости населения ИППП явилось ослабление, а в некоторых районах отсутствие интеграции в работе дерматовенерологической службы с эпидемиологической, акушерско-гинекологической и урологической службами [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 12-А, 14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 21-А, 22-А, 27-А, 29-А, 36-А, 39-А, 40-А, 41-А].

5. Ни одно из медицинских направлений не имеет такого количества документов, изданных на правительственном уровне, как служба дерматовенерологической помощи, что связано с организацией борьбы с распространением ВИЧ/ИППП в Республике Таджикистан. Показано, что диспансерный метод профилактики и лечения хронических дерматозов и ИППП является единственным научно-обоснованным методом ведения больных этими заболеваниями. Служба нуждается в разработке целенаправленного научно-обоснованного алгоритма эффективных мероприятий, направленных на оптимизацию и дальнейшее непрерывное развитие и эффективное совершенствование работы по оказанию специализированной помощи населению в современных социально-экономических условиях [14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 20-А, 21-А].
6. Предложены усовершенствованные нормативно-правовые документы, регламентирующие функционирование службы дерматовенерологической помощи республики. Действующие в настоящее время штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и другие нормативно-правовые акты в значительной степени основываются на приказах и инструкциях, утвержденных соответствующими приказами Минздрава СССР, которые не соответствуют современным социально-экономическим, демографическим и климатическим требованиям [14-А, 15-А, 16-А, 17-А, 18-А, 19-А, 21-А, 39-А, 40-А, 41-А].

7. В первые годы независимости в службе дерматовенерологии РТ были внедрены новое инновационное технологическое оборудование по современным методам диагностики, что способствовало выявлению ИППП «нового поколения» (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз, гарднереллез, вирус простого герпеса, цитомегаловирус, вирус папилломы человека, вирус иммунодефицита человека). Определены медико-социальные и клинико-иммунологические особенности распространения и течения хронических негонококковых уретритов у мужчин и женщин (хламидиоз, уреаплазмоз, микоплазмоз), установлены региональные факторы, способствующие распространению ИППП среди мужчин и женщин [1-А, 2-А, 4-А, 6-А, 22-А, 24-А, 25-А, 27-А, 29-А, 31-А, 32-А, 34-А, 36-А].
8. Разработаны и внедрены эффективные комплексные методы лечения хронических бактериальных ИППП (урогенитальный хламидиоз и урогенитальный уреамикоплазмоз) с использованием отечественных иммуностимуляторов тимоцина и тимогара. Клинико-этиологическое излечение при применении тимоцина достигнуто у 85,8% больных, при применении тимогара – у 83,6%, при этиологическом лечении - только у 74,2% [3-А, 5-А, 7-А, 8-А, 9-А, 10-А, 11-А, 13-А, 23-А, 26-А, 28-А, 30-А, 31-А, 32-А, 33-А, 34-А, 35-А, 37-А, 38-А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Утвердить диспансерный метод профилактики и лечения, как единственный научно-обоснованный метод ведения больных ИППП. Он способствует полноте и оперативности учета заболеваемости ИППП, привлечению общемедицинской сети, на уровне учреждений ПМСП, для локализации очагов, быстроте выявления и привлечения к лечению источников и всех контактировавших лиц.
2. Утвердить предложенные нами нормативно–правовые документы, регламентирующие функционирование службы дерматовенерологической помощи республики.
3. Для совершенствования службы дерматовенерологической помощи республики необходимо скорейшее внедрение разработанных клинических протоколов по алгоритму диагностики, лечения и профилактики дерматозов и ИППП, создание при РКЦКВБ единой электронной базы данных о дерматовенерологические больные республики.
4. Оптимизировать сотрудничество между правительственными и неправительственными органами и организациями с целью обеспечения скрининга на ИППП, лечения и профилактики в специализированных клиниках планирования семьи, охраны репродуктивного здоровья и т.д.
5. Для повышения эффективности лечения хронических и/или осложненных форм хламидийной, микоплазменной и уреаплазменной инфекций у мужчин и у женщин, наряду с антибактериальной терапией, рекомендуется применение отечественных иммуномодуляторов (тимоцин или тимогар), которые используются по 1,0 мл 1 раз в день в/м, в течение 10 дней.

Список литературы

- [1] Абабкова, Т.В. Научное обоснование оптимизации медицинской помощи больным с инфекциями, передающимися половым путем, на современном этапе (на примере Архангельской области): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Абабкова Татьяна Васильевна. - СПб., 2006. - 20 с.
- [2] Абдуллаев, С.А. К истории здравоохранения в Северном Таджикистане / С.А. Абдуллаев // Здравоохранение Таджикистана. – 1986. - № 2. – С. 88-91.
- [3] Абдурахманов, Р.М. К вопросу об организации дерматологической помощи сельскому населению Республики Татарстан / Р.М. Абдурахманов // Казань, мед. журн. – 2000. - № 6. Т. 81. – С. 526-527.
- [4] Абдурахманов, А.Р. Анализ распространенности условно-патогенных инфекций, передаваемых половым путем / А.Р. Абдурахманов // Современные проблемы науки и образования. Пенза. – 2019. - № 3. – С. 109-115.
- [5] Абдурахманов, А.Р. Динамика заболеваемости условно-патогенными инфекциями, передаваемыми половым путем, в г. Казани за 2017-2018 годы / А.Р. Абдурахманов // Современные проблемы науки и образования. Пенза. – 2019. - № 5. – С. 94-99.
- [6] Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан: Статистический ежегодник Республики Таджикистан. // Статистический сборник. –Душанбе. -2015. -466 с.
- [7] Адамян, Л.В. Современные технологии в диагностике и лечении гинекологических заболеваний / Л.В. Адамян. – М.: 2007. – 634 с.
- [8] Адаскевич, В.П. Инфекции, передаваемые половым путем / В.П. Адаскевич. – М.: Медицинская книга, 2001. – 414 с.
- [9] Акышбаева, К.С. Клинико-лабораторное изучение уrogenитального хламидиоза у мужчин, состоящих в бесплодном браке / К.С. Акышбаева, С.М. Нурушева, И.А. Калоиди // Вестник Казахского национального медицинского университета. Алматы. – 2016. - № 1. – С. 109-112.

- [10] Алиев, Н.Н. Эффективность магнитно-лазерного воздействия при терапии уреоплазменной инфекции / Н.Н. Алиев, М.С. Зайналов, Н.Н. Алиева // Казанский медицинский журнал. – 2018. - №2. Том 99. – С. 212-215.
- [11] Амакджонов, М.Р. Развитие дерматовенерологической службы Согдийской области за 25 лет независимости Республики Таджикистан / М.Р. Амакджонов, А.А. Очилзода, Д.Ф. Исхаки // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 29-31.
- [12] Асхаков, М.С. Инфекции, передаваемые половым путем: старая проблема – новое решение / М.С. Асхаков // Вестник молодого ученого. – 2016. – №2 (13). – С. 7-11.
- [13] Асхаков, М.С. Общие принципы лечения хламидийной инфекции, микстинфекции и инфекционных уретропростатитов / М.С. Асхаков // Вестник молодого ученого. – 2017. – № 1 (16). – С. 19-25.
- [14] Асхаков, М.С. Современная таксономия и особенности хламидий / М.С. Асхаков // Science and world. – 2018. – Т. 1. - № 2 (54). – С. 52-54.
- [15] Асхаков, М.С. Современные методы диагностики урогенитальной хламидийной инфекции / М.С. Асхаков, В.В. Чеботарёв, Г.Г. Арутюнян, А.А. Акобян // Интернаука. – 2018. – № 4-1 (38). – С. 17-19.
- [16] Асхаков, М.С. Этиопатогенетическая терапия поражения органов малого таза и других мочеполовых органов хламидийной инфекцией / М.С. Асхаков // Medicus. – 2017. – № 3 (15). – С. 27-30.
- [17] Ахмедов, А. Обобщение опыта здравоохранения в различных административных регионах Бухарского эмирата и его влияние на состояние здоровья населения этого периода / А. Ахмедов, М.А. Ахмедова, У.В. Маслова, Ф.А. Ахмедов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – Душанбе. – 2017. - №2. – С. 87-93.
- [18] Ахмедов, А. Особенности развития здравоохранения Таджикистана в период присоединения Средней Азии к царской России (до 1917) / А.

- Ахмедов, М.А. Ахмедова, Е.В. Маслова, Ф.А. Ахмедов // Вестник Академии медицинских наук Таджикистана. – Душанбе. – 2016. - №2. – С. 61-73.
- [19] Бандаев, И.С. Научное обоснование и разработка системы непрерывного медицинского образования специалистов по семейной медицине в Республике Таджикистан и изучение ее эффективности: автореф. дисс... док. мед. наук: 14.02.03 / Бандаев Илхом Сироджидинович. – Казань. 2013. –24 с.
- [20] Баринова, А.Н. Использование модуляторов иммунного ответа (на примере циклоферона) в лечении урогенитального хламидиоза. Анализ с точки зрения общественного здоровья /А.Н. Баринова, С.Л. Плавинский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 2. – С. 96-99.
- [21] Барышков К.В. Разработка организационных и лечебно-диагностических мероприятий по предупреждению распространения гонококковой инфекции в Архангельской области: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.10 – кожные и венерические болезни / К.В. Барышков. – Москва, 2015. -39 с.
- [22] Бобоходжаева М.О. Состояние и проблемы охраны здоровья молодежи в РТ / А. Ахмедов / Монография // - Душанбе 2019. -207 с.
- [23] Бобоходжаева М.О. Медико-демографические аспекты состояния здоровья населения / М. К. Касимова // Учебное пособие. Душанбе 2017. - 53 с.
- [24] Бобоходжаева М.О. Современные принципы оказания медицинских услуг подросткам и молодежи групп высокого риска / Т. С. Джабарова, И.С. Махмудзод, М. К. Касимова, Ф. М. Набиева. // Учебное пособие. Душанбе 2017.29 с.
- [25] Бобоходжаева М.О. Структура заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу / Ф Набиева // принято в печать в журнал Известия АН РТ. -2021. №2.

- [26] Бобоходжаева М.О. Структура заболеваемости органов репродуктивной системы среди молодежи в Республике Таджикистан и их ранжирование по полу /С. Ганиева // журнал Известия АН РТ. -2021. №2. –С. 27-32.
- [27] Бобоходжаева М.О. Заболеваемость работниц коммерческого секса инфекциями, передаваемыми половым путем и ВИЧ / М. К. Касимова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранение. -2016. - №1. –С. 17-22.
- [28] Бобоходжаева М.О. Влияние гендерных отношений на репродуктивное поведение и репродуктивное здоровье населения / А. Ахмедов, М.К. Касимова, М.А. Назирова, Ф.О. Мирзоева // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранение. -2014. -№3. –С. 23-29.
- [29] Бобоходжаева М.О. Гендерные проблемы репродуктивное здоровья / А. Ахмедов, М.К. Касимова // Научно-практический журнал ТИППМК, Душанбе, -2015. -№4 –С. 5-11
- [30] Бобоходжаева М.О. Динамика и детерминанты контрацептивного поведения населения Республики Таджикистан в современных социально-экономических условиях /А. Ахмедов, М.К. Касимова, М.А. Назирова, Ф.О. Мирзоева // Здравоохранение Таджикистана. -2014. -№1. –С. 5-11.
- [31] Бобоходжаева М.О. Коммерческий секс как эпидемический фактор риска распространения ИППП ВИЧ в современных социально-экономических условиях /А. Ахмедов, М.К. Касимова // Здравоохранение Таджикистана. - 2015. -№4. –С. 8-12.
- [32] Бобоходжаева М.О. Межсекторальное сотрудничество по профилактике ИППП / ВИЧ /СПИД среди работниц секса в городе Душанбе / А.А. Ахмедов, М.К. Касимова // Здравоохранение Таджикистана. -2013. -№1. –С. 5-11.
- [33] Бондаренко, Г.М. Коррекция гепатотоксических нарушений при терапии инфекций, передающихся половым путем / Г.М. Бондаренко, Т.В. Губенко, С.В. Унчо и др. // Дерматологія та венерологія.г. Харков. – 2016. - № 1 (71). – С. 66-77.

- [34] Бугреева Е.А. Характеристика кадров врачей-дерматовенерологов областных научно-венерологических учреждений / Е.А. Бугреева // Актуальные проблемы реформирования здравоохранения на современном этапе: сб. научн. статей. – СПб: 2006. – С. 27-28.
- [35] Бугреева, Е.А. Научное обоснование организации дерматовенерологической помощи сельскому населению в современных условиях: дис...кандидат медицинских наук: 14.00.33 / Бугреева Елена Александровна. – Санкт-Петербург, 2006. – 120с.
- [36] Буренкова, С.П. Сборник штатных нормативов и типовых штатов учреждений здравоохранения / С.П. Буренкова. – Москва. МЕДИЦИНА, 1986. – 704 с.;
- [37] Васильева М.Ю. Профилактика инфекции, передаваемых половым путем, среди несовершеннолетних посредством повышения их информированности: автореф. дис. ... канд. мед, наук: 14.01.10 –кожные и венерические болезни / М. Ю. Васильева. –М., 2012. -24 с.
- [38] Вахобов, А.В. Состояние дерматовенерологической помощи и задачи органов и учреждений здравоохранения по борьбе с венерическими и заразными кожными заболеваниями в Таджикской ССР / А.В. Вахобов, Ф.А. Киямов //. В кн.: Вопросы эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики венерических заболеваний (материалы конференции). – Душанбе. – 1976. – С. 3-7.
- [39] Ведение больных инфекциями, передаваемыми половым путем / под ред. В.И. Кисина, К.И. Забирова, А.Е. Гущина. – М.: ГЭОТАР: Медиа, 2017. – 256с.
- [40] Ведение больных с инфекциями, передаваемыми половым путем, и урогенитальными инфекциями: клинические рекомендации / Российское общество дерматовенерологов и косметологов. – М.: Деловой экспресс, 2012. – 112 с.
- [41] Венгеренко, М.Э. Применение натрия гипохлорита в комплексном лечении урогенитального хламидиоза / М.Э. Венгеренко, Г.А. Пенжоян,

- В.В. Пономарев, В.В. Артюшков, А.А. Жуйко // Кубанский научный медицинский вестник. – 2018. – № 25 (1). – С. 62-68.
- [42] Вислобоков, А.В. Дерматовенерология: практика и право / А.В. Вислобоков // Экономика здравоохранения. – 2006. - №1. – С. 35-37.
- [43] Волкославская, В.Н. Некоторые стороны деятельности дерматовенерологических учреждений Украины за период 2000–2016 гг. / В.Н. Волкославская // Матеріали науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сучасні підходи до діагностики, профілактики та інноваційні технології лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, поширених дерматозів, основні організаційні задачі», 10–11 листопада 2017 р., Дерматологія та венерологія. – Харков. – 2017. - № 3 (77). – С. 97-100.
- [44] Вохидов, А.В. Характеристика клинического течения бронхолегочной патологии ВИЧ инфицированных детей / А.В. Вохидов, Р.М. Нуров, Х.Б. Давлятов, Р.М. Абдурахимов // Здравоохранение Таджикистана. – 2019. - № 2. – С. 26-31.
- [45] Выдрина, И.И. Состояние российского законодательства о молодежи и молодежной политике // Вестник Уральского института экономики, управления и права, Выпуск №4 (29). -2014. -С. 46-53.
- [46] Генеральная Ассамблея ООН «Цели устойчивого развития: глобальные усилия для изменения мира»: сентябрь 2016 года: г. Нью Йорк, США. Сайт доступа: <http://www.newsru.com/world/14sep2016/unopen/html>.
- [47] Герасимова, Н.А. К вопросу о дискордантных результатах выявления *Mycoplasma hominis* и *Ureaplasma spp.* молекулярнобиологическим и культуральными методами у пациентов с урогенитальными заболеваниями / Н.А. Герасимова, Н.П. Евстигнеева, Н.В. Зильберберг, А.Е. Гуцин // Фундаментальные исследования. – 2014. - № 10-3. – С. 487-492.
- [48] Гладкая, В. С. Проблемы репродуктивного здоровья и репродуктивного поведения девушек, проживающих в Республике Хакасия // Вестник

- Хакасского Государственного Университета им. Н.Ф.Катанова. - №8. -2014. – С. 34-38.
- [49] Глобальная стратегия охраны здоровья женщин, детей и подростков (2016-2030 гг). ООН. -2016. –global-strategy-women-children-health-ru.pdf.
- [50] Голдсмит, Л.А. Дерматология Фицпатрика в клинической практике: в 3 томах / Л.А. Голдсмит, С.И. Кац, Б.А. Джилкрест, Э.С. Паллер. – Москва. 2018. – 1072 с.
- [51] Грачем Е.Н. Молодежная политика в Европейском Союзе: Национальный и Наднациональный уровни: автореф. дисс. ... канд. политич. наук: 23.00.04 – Политические проблемы международных отношений, глобального и регионального развития. – Москва. -2019. -39 с.
- [52] Гречко, А.В. Показатели деятельности дерматовенерологических коек в Российской Федерации / А.В. Гречко // Медико-социальные проблемы социально-обусловленных заболеваний. – Москва. – 2004. – С. 280-287.
- [53] Гречко, А.В. Пути повышения эффективности дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации / А.В. Гречко // Медико-социальные проблемы социально-обусловленных заболеваний. – Москва. – 2004. – С. 270-276.
- [54] Гуляев, А.Е. Фармакоэкономическое обоснование вероятности преимущественного использования макролидного антибиотика «Джозамицин» в лечении уrogenитального хламидиоза и других уrogenитальных инфекций с внутриклеточной локализацией / А.Е. Гуляев, и др. // Фармация Казахстана. – 2016. – С. 30-40.
- [55] Гусаков, Н.И. История венерологии (сообщение 2) венерология в России в XVIII-XIXвеках / Н.И. Гусаков, Г.И. Мавров // Дерматология та венерология. – Харьков. – 2009. - № 2 (45). – С. 61-76.
- [56] Гусев, О.А. Результаты анализа мнения пациентов о качестве дерматовенерологической помощи в области / О.А. Гусев, Е.А. Кардовская // Проблемы городского здравоохранения: сб. науч. трудов. – Москва: 2005. – вып. 10. – С. 206-207.

- [57] Гуцин, А.Е. Большие трудности маленьких бактерий / А.Е. Гуцин, С.А. Дьяконов, О.А. Раевская // Гинекология, акушерство, бесплодный брак. – Москва. – 2019. - №5 (61). – С. 27-31.
- [58] Гуцин, А.Е. Современный взгляд на проблемы диагностики и лечения моно- и микстинфекций, передаваемых половым путем / А.Е. Гуцин, В.И. Кисина, Г.А. Хайруллина // Клиническая дерматология и венерология. – 2015. – № 3. – С. 85–93.
- [59] Декрет от 11.07.1918 по борьбе с венерическими болезнями при Наркомздраве РСФСР.
- [60] Демографический ежегодник Республики Таджикистан//Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. –Душанбе. -2018. - 348с.
- [61] Дерматовенерология. Национальное руководство / Ю.К. Скрипкин [и др.]. – М.: ГЭОТАР, 2017. – 895 с.
- [62] Джалилова, А.Н. Клинико-микробиологические особенности течения и терапии ассоциированных урогенитальных инфекций в акушерской и гинекологической патологии / А.Н. Джалилова, и др. // Уральский медицинский журнал. – 2017. - № 03 (147). – С. 73-76.
- [63] Джалилова, А.Н. Микстинфекция, ассоциированная с патогенными и условно-патогенными микроорганизмами, – роль в акушерской и гинекологической патологии, коррекция лечения / А.Н. Джалилова, и др. // Вестник ДГМА. – 2016. - № 4 (21). – С. 66-70.
- [64] Довлетханова, Э.Р. Возможность применения иммуномодуляторов в комплексном лечении ВЗОМТ / Э.Р. Довлетханова // Медицинский совет. – 2012. – № 12. – С. 84-87.
- [65] Европейские рекомендации по диагностике и лечению инфекций, вызываемых *Chlamydia trachomatis* / International Union against Sexually Transmitted Infections. - М.: 2013 [Электронный ресурс]. – URL: <https://pharmstd.ru/news/3/files/IUSTI.pdf>.

- [66] Жильцова, Е.Е. Медико-социальные проблемы заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в современных условиях (обзор литературы) / Е.Е. Жильцова, С.Б. Волкова // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. – 2013. - №1. – С. 145-150.
- [67] Закон Республики Таджикистан, утвержденный Президентом Республики Таджикистан от 26.03. 2009 №506, пункт 2 статьи 7. – Душанбе. – 2009.
- [68] Закон СССР от 19.12.1969 «Основы законодательства СССР и союзных республик о здравоохранении».
- [69] Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения в 2019 г. – Душанбе. -2020. -367 с.
- [70] Здравоохранение в Республике Таджикистан // Агентство по статистике при Президенте Республики Таджикистан. –2019. -85 с.
- [71] Земцов М.А. Эпидемиологические особенности сифилиса в Ставропольском крае / М.А. Земцов, В.А Терзян // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. - №3. – С. 22-24.
- [72] Зоиров, П.Т. Венерология: учебное пособие / П.Т. Зоиров, Б.И. Саидзода. – Душанбе. 2019. – 245 с.
- [73] Зоиров, П.Т. Дерматология ва венерология / П.Т. Зоиров, Б.И. Саидзода. – Душанбе. 2021. – 985 с.
- [74] Зоиров, П.Т. Достижения кафедры дерматовенерологии ТГМУ им. Абуали ибни Сино за 25 лет независимости / П.Т. Зоиров, К.М. Мухаммадиева, М.С. Исаева, Д.Х. Абдиева, Р.Д. Дадабаев // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 17-23.
- [75] Зоиров, П.Т. Частная дерматология и венерология: учебник / П.Т. Зоиров. – Душанбе. 2007. – 815 с.
- [76] Зоирова, И.Т. Многолетняя динамика уреамикоплазменных и микст инфекций по Кыргызской Республике / И.Т. Зоирова, Б.Т. Орозбекова, В.С.

- Ажикулова // Тенденции развития науки и образования. – 2017. - №30-1. – С. 14-17.
- [77] Зоирова, Н.П. Сравнительная оценка эффективности применения тимогара и тимоцина при лечении алопеции / Н. П. Зоирова, Г.М. Бобиев, А. Хусайнов, А.Н. Шахматов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2011. -№ 3. – С. 52-57.
- [78] Зубарева, Л.М. Клинический случай неуспеха терапии джозамицином у пациента с уретритом, вызванным MYCOPLASMA GENITALIUM / Л.М. Зубарева и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. - № 4. Т. 94. – С. 55-59.
- [79] Иванов, А.М. Оптимизация серологической диагностики сифилиса: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.00.11 / Иванов Андрей Михайлович. – СПб., 2006. – 37 с.
- [80] Иванова, М.А. Ресурсное обеспечение и оптимизация медицинской помощи больным инфекциями, передаваемыми половым путем, в условиях модернизации здравоохранения: диссер. ... докт. мед. наук: 14.00.11 / Иванова Маитса Афанасевна. – Москва, 2007. – 285 с.
- [81] Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) / Информационный бюллетень. – 2015. -№110. [Электронный ресурс]. Сайт доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/>.
- [82] Исаева, М.С. Ретроспективный анализ эпидемиологической ситуации по сифилису в Республике Таджикистан за период 1991-2011 гг. / М.С. Исаева, А.М. Косимов, М.Ф. Хомидов // Здоровоохранение Таджикистана. – 2012. - №4. – С. 39-45.
- [83] Исаева, М.С. Чанбахои муосири ташхис ва табобати сирояти урогениталии хламиди дар мардхо / М.С. Исаева, М.Д. Нуралиев, М.Ф. Хомидов, А.М. Косимзода // Авчи Зухал. – 2020. - № 1 (38). – С. 85-89.
- [84] Камалов, А.А. Факторы риска развития инфекционно-воспалительного процесса нижних мочевых путей / А.А. Камалов, Л.А. Ходырева, А.А.

- Дударева, А.Н. Низова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. - № 2. – С. 63-67.
- [85] Караулов, А.В. Характеристика инфекционного процесса при урогенитальном хламидиозе с применением оценки экспрессии генов TLR / А.В. Караулов, С.С. Афанасьев, В.А. Алешкин // Иммунопатология, Аллергология, Инфектология. – 2016. - №1. – С. 43-48.
- [86] Кардовская, Е.А. Отношение населения области к развитию платных медицинских услуг дерматовенерологического профиля / Е.А. Кардовская // Проблемы городского здравоохранения сб. научн. статей. – СПб., 2005. Вып. 10. – С. 291-292.
- [87] Карпов, Е.И. Инфекции мочевых путей в амбулаторной практике / Е.И. Карпов // Терапия. – 2017. №3 (13). – С. 89-95.
- [88] Касперчук, Н.А. Многодетность – благополучие или проблема: Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием/Гродно ГрГМУ. -2016 – С.103-104.
- [89] Касымов, О.И. Заболеваемость ИППП среди мужчин, ведущих беспорядочной половой образ жизни / О.И. Касымов, У.А. Таджибаев, М.Р. Амакджонов // Материалы IV-й Российской научно-практической конференции с международным участием «Санкт-Петербургские дерматологические чтения». – Санкт-Петербург. – 2010. – С. 67-68.
- [90] Касымов, О.И. Клинико-иммунологические особенности хламидийного уретропростатита / О.И. Касымов, У.А. Таджибаев // Вестник Авиценны. – 2012. - № 1. – С. 89-93.
- [91] Касымов, О.И. О деятельности кафедры дерматовенерологии с курсом косметологии / О.И. Касымов, С.Х. Муниева // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 24-25.

- [92] Катерли, С.В. Научное обоснование системы контроля профессиональных качеств медицинских работников на примере врачей-дерматовенерологов: автореф. дис канд. мед. наук: 14.00.33 / Катерли Светлана Вячеславовна. – СПб., 2001. – 18 с.
- [93] Киямов, Ф.А. К истории развития кожно-венерологической службы Таджикистана / Ф.А. Киямов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1985. - № 2. – С. 75-79.
- [94] Киямов, Ф.А. Некоторые итоги и перспективы дерматовенерологической помощи населению Таджикской ССР / Ф.А. Киямов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1972. - № 2. – С. 48-51.
- [95] Киямов, Ф.А. Организация и развитие дерматовенерологической службы в Таджикистане / Ф.А. Киямов // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1974. - № 3. – С. 17-25.
- [96] Киямов, Ф.А. Основные направления учебной и научно-исследовательской деятельности курса дерматовенерологии факультета усовершенствования врачей Таджикского госмединститута / Ф.А. Киямов // Сборник научных трудов ТГМИ им. Абуали ибни Сино. – Душанбе. 1991. – С. 2-7.
- [97] Киямов, Ф.А. Эпидемиология сифилиса и организация его профилактики в Таджикистане: учебное пособие / Ф.А. Киямов. – Душанбе. 2004. – 74 с.
- [98] Киясов, И.А. Медико-социальная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи / И.А. Киясову Ф. В. Хузаханов // Казань: Отечество, -2018. -218 с.
- [99] Ковалык, В.П. Клиническое значение уреоплазм в урогенитальной патологии / В.П. Ковалык, Е.В. Владимирова, Т.В. Рубашева, Н.С. Сирмайс // Клиническая практика. – 2019. №1. Том 10. – С. 81-87.
- [100] Колесник, М. Проблемы и перспективы оказания дерматовенерологической помощи в Украине / М. Колесник // Украинский медицинский журнал. Издательство «МОРИОН». – Киев. – 2013. - №1 (91). – С. 18-23.

- [101] Концепция развития здравоохранения Республики Беларусь: постановление Совета Министров Респ. Беларусь, 8 окт. 2003 г., №.1276 // Нац. реестр правовых актов Респ. Беларусь. - 2003. - 113. - 5/13144.
- [102] Корженко, И.А. Научное обоснование медико-социальной помощи при инфекциях, передающихся половым путем: автореф. дис... канд. мед. наук: 14.00.33 / Корженко Ирина Александровна. – СПб., 2006. – 19 с.
- [103] Коробков, Н.А. Инфекции в акушерстве / Н.А. Коробков, и др. – Санкт-Петербург: 2019. – 397 с.
- [104] Корсунский, А.А. Современные проблемы детской дерматовенерологии в Российской Федерации и пути их решения / А.А. Корсунский, Л.П. Мазитова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2003. - № 3. – С.13-15.
- [105] Костенко, Л.Ф. Туркестанский край. Опыт военно – статистического обозрения ТуркВО / Л.Ф. Костенко. – СПб. Т. 4. 1880. – С. 334-335.
- [106] Кочетовская, Л.Н. К истории организации дерматовенерологической службы в Северном Таджикистане / Л.Н. Кочетовская // Материалы Республиканской научно-практической конференции врачей дерматовенерологов Таджикистана. – Душанбе. – 1973. – С. 8-11.
- [107] Красносельских, Т.В. Программа профилактики инфекций, передаваемых половым путём в субпопуляциях повышенного поведенческого риска заражения / Т.В. Красносельских, Е.В. Соколовский // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. - № 2. – С. 12-19.
- [108] Кротик, Е.И. Клинико–статистический анализ анамнеза женщин, перенесших воспалительные заболевания репродуктивной системы / Е.И. Кротик // Репродуктивное здоровье, Восточная Европа. – 2020. - № 3. Т. 10. – С. 268-280.
- [109] Кубанов, А.А. Заболеваемость урогенитальными инфекциями среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних / А.А. Кубанов, Д. В. Рюмин, Е. А. Соболева // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2015. - № 5. – С. 59-61.
- [110] Кубанов, А.А. Итоги деятельности медицинских организаций,

- оказывающих медицинскую помощь по профилю дерматовенерология, в 2020 году: работа в условиях пандемии / А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2021. - № 97(4). – С. 08–32.
- [111] Кубанов, А.А. Организация и результаты оказания медицинской помощи по профилю «Дерматовенерология» в Российской Федерации, итоги 2018 года. / А.А. Кубанов, Е.В. Богданова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2019. - № 4. Т. 95. – С. 8-23.
- [112] Кубанов, А.А. Эпидемиологические особенности инфекции, передаваемых половым путем, среди беспризорных и безнадзорных несовершеннолетних лиц / А.А. Кубанов, М. Р. Рахматулана, Е. А. Соболева // Лечащей врач. -№04, 2015. -5 с.
- [113] Кубанова, А.А. Вековой опыт отечественной дерматовенерологии. Этапы развития кожно-венерологической помощи населению (часть II) / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов, А.В. Власова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 2018. - № 1. Том 94. – С. 14-26.
- [114] Кубанова, А.А. Динамика изменений интенсивных показателей заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем, в оценке эпидемиологического процесса и состояния здоровья населения Российской Федерации за 2006-2016 годы / А.А. Кубанова, А.А. Кубанов, Л.Е. Мелехина // // Вестник дерматологии и венерологии. – 2018. - № 1. Т. 94. – С. 27-37.
- [115] Кубанова, А.А. Нормативно-правовое регулирование дерматовенерологической помощи в современных условиях, пути повышения ее качества и доступности для населения / А.А. Кубанова, А.А. Мартынов // Клиническая дерматовенерология. – 2009. - Т. 1. – С. 8-33.
- [116] Кубанова, А.А. Основные задачи развития дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации на период до 2024 года. Результаты деятельности медицинских организаций по оказанию дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации в 2017 году /А.А. Кубанова, Л.Е. Мелехина, А.А. Кубанов // Вестник

- дерматологии и венерологии. – 2018. - №5 (94). – С. 9-25.
- [117] Кунгуров, Н.В. Опыт организации контроля качества дерматовенерологической помощи в Российской Федерации / Н.В. Кунгуров и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2004. - № 2. – С. 17-20.
- [118] Куницкая, С. В. Проблемы репродуктивного поведения студенческой молодежи: Современные проблемы общественного здоровья и здравоохранения / Сборник материалов научно-практической конференции с международным участием / Гродно ГрГМУ. -2016 – С. 157-159.
- [119] Курбанов, Н. А. Оценка репродуктивного потенциала мужского населения // Бюллетень ВСНЦ. -2014. -№2(96). –С. 104-112.
- [120] Кучма, В. Р. Качество жизни и медико-социальные особенности российских подростков, обучающихся в разных образовательных учреждениях // Бюллетень Восточно-Сибирского научного центра Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. –Выпуск №3-1 (91). -2013. –С. 75-80.
- [121] Леушина Т.В. Тенденции в Российской статистике заболеваемости молодых когорт населения // Интеллект. Инновации. Инвестиции. -2019. - №5. –С. 94-101.
- [122] Лещенко, Г.М. Особенности противовенерической пропаганды среди лиц повышенного риска / Г.М. Лещенко, Г.К. Грачева, М.П. Случевская // Вестник дерматологии и венерологии. – 1988. - №2. – С. 45-48.
- [123] Лобзина, Е.П. Обзор антибактериальных препаратов для лечения урогенитального хламидиоза /Лобзина Е.П., и соавт. // Вестник молодого ученого. – 2018. - № 2. – С. 17-22.
- [124] Ловцов, В.В. Препарат для лечения и/или профилактики инфекционно-воспалительных заболеваний / В.В. Ловцов, П.М. Сивирский. – М., 2017. – 13 с. – Деп. Российская Федерация. Федеральная служба по интеллектуальной собственности 2017, № RU 2639129 С1.
- [125] Логофет, Д.Н. Бухарское ханство по русскому протекторату / Д.Н. Логофет. – СПб.: 1911. – 152 с.

- [126] Логофет, Д.Н. Страна бесправия / Д.Н. Логофет. – СПб.: 1909. – С. 95-96
- [127] Лукьянов, Н.Б. Основные принципы профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИДом в Таджикистане: научно-популярное пособие / Н.Б. Лукьянов, А.Г. Гаибов, Г.Дж. Азимов. – Душанбе. – 2011. – 76 с.
- [128] Льготина, В.А. О здравоохранении г. Душанбе / В.А. Льготина // Здравоохранение Таджикистана. – 1974. - № 1 (117). – С. 5-9.
- [129] Любина О.Н. Государственная молодежная политика: особенности реализации и отражение в государственных программах Российской Федерации и города Москвы. –Управление. -№1 (15). -2017. –С. 55-61.
- [130] Мавров, Г.И. История венерологии (сообщение 3) венерология в России и СССР в XX веке / Г.И. Мавров // Дерматология та венерология. – Харьков. – 2009. - № 3 (45). – С. 83-101.
- [131] Мавров, Г.И. Клинико-эпидемиологические особенности урогенитального хламидиоза на современном этапе / Г.И. Мавров, Л.В. Иващенко, Ю.В. Щербакова, К.С. Орлова // Дерматология и венерология. – 2014. - № 1 (63). – С. 61-66
- [132] Мавров, Г.И. Распространение инфекций, передающихся половым путем, среди потребителей психоактивных веществ: анализ сексуальных сетей / Г.И. Мавров, В.И. Миронюк, Т.В. Осинская // Дерматология та венерология. – Харьков. – 2018. - № 2 (80). – С. 35-42.
- [133] Мавров, И.И. Половые болезни / И.И. Мавров. – М.: «АСТ-Пресс книга», 2002. – 750 с.
- [134] Мазлов, А.М. Частота заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, среди работниц коммерческого секса / А.М. Мазлов, И.И. Мазлова // Вестник современных исследований. – Омск. – 2018. - № 8,1 (23). – С. 58-59.
- [135] Малова, И.О. Динамика показателей иммунологической реактивности у женщин с неосложненным урогенитальным хламидиозом / И.О. Малова, И.А. Сидорова // Медицинские и фармацевтические науки. – 2013, - № 5. – С. 55-60

- [136] Малова, И.О. К вопросу о рациональной терапии урогенитального хламидиоза / И.О. Малова, И.А. Сидорова // Бюллетень медицинской науки. – 2017. - № 4 (8). – С. 43-48.
- [137] Манапова, Э.Р. Инфекции, передаваемые половым путем, у ВИЧ-инфицированных пациентов в сравнительном аспекте / Э.Р. Манапова, и др. // Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: взгляд в будущее. – Казань. – 2019. – С. 131-135.
- [138] Миралиён, К.А. Правовое становление молодежи в контексте предотвращения роста негативных явлений в их жизни в рамках реализации государственной молодежной политики (на примере Таджикистана). – Евразийский юридический журнал. - №3 (94). –М.: 2016. –С. 101-104.
- [139] Миралиён, К.А. Приоритеты государственной молодежной политики в Республике Таджикистан. // Вестник «Таджикистан и современный мир». - №3 (46). –Душанбе: 2015. –С. 54-62.
- [140] Мирзобеков, М.М. История развития здравоохранения Советского Памира / М.М. Мирзобеков // Здравоохранение Таджикистана. – 1974. - № 3 (119). – С. 5-9.
- [141] Молочков, В.А. К обследованию и лечению больных хроническим простатитом при персистирующем урогенитальном хламидиозе / В.А. Молочков и др. // Альманах клинической медицины. – 2016. - № 44 (1). – С. 114–120.
- [142] Муниева, С.Х. Лечение уреоплазменной инфекции / С.Х. Муниева, О.И. Касымов, З.М. Юнусова, Т.Н. Камолова // Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2014. - №4. – С. 110-111.
- [143] Муратова, Е.Ю. Концепция организации дерматовенерологической службы / Е.Ю. Муратова // Проблемы оценки качества медицинской помощи: сб. научн. ст. – СПб.: 1996. – С. 5-6.
- [144] Муратова, Е.Ю. Некоторые подходы к реформированию дерматовенерологической службы в Санкт-Петербурге / Е.Ю. Муратова //

Проблемы оценки качества медицинской помощи. – СПб. – 1998. Вып. 2. – С. 306-313.

- [145] Муродов, Дж.И. Развитие и достижения: кожно-венерологический центр города Душанбе за 25 лет независимости Республики Таджикистан / Дж.И. Муродов, М.И. Косимов // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии», посвященного 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 26-28.
- [146] Мухаммадиева, К.М. Мубрамяти сироятҳои уrogenитали дар Тоҷикистон / К.М. Мухаммадиева, Н.И. Мустафокулова, З.К. Умарова, К.М. Бухориев, А.А. Абдулвохидов // Авҷи Зухал. – 2020. -№1. – С. 81-86.
- [147] Назукина, Л. И. Комплексная реабилитация детей и подростков социального риска // Работник социальной службы. -2012. -№3. -84с.
- [148] Национальная стратегия развития Республики Таджикистан на период до 2030 года, Душанбе, 2016. -46 с. [Электронный ресурс]. Сайт доступа:<http://mfa.tj/ru/main/view/2104/natsionalnaya-strategiya-razvitiya-respubliki-tadzhikistan-na-period-do-2030-goda>.
- [149] Нурадилова, Д.М. Влияние урогенитальных мико- и уреоплазм на заболеваемость женщин с воспалительными заболеваниями органов малого таза (обзор литературы) / Д.М. Нурадилова // Вестник КазНМУ. – 2016. - №3. – С. 1-5.
- [150] Нуралиев, Ю. Медицина эпохи Авиценны: монография / Ю. Нуралиев. – Душанбе: 1981. – 245 с.
- [151] Обзор Национальной программы по развитию семейной медицины в Таджикистане на 2011-2015 гг. / ЕРБ ВОЗ и Министерство здравоохранения и социальной защиты населения Республики Таджикистан / Копенгаген, 2016, 68 с. [Электронный ресурс]. Сайт доступа: <http://www.euro.who.int/Review-NP-Development-Family-Medicine-2011-2015-Rep-Tajikistan-ru.pdf>.

- [152] Общественное здоровье и здравоохранение: Национальное руководство / под ред. В.И. Стародубова, О. П. Щепина и др. –М.: ГОЭТАР – Медиа. - 2013. -624с.
- [153] Общественное здоровье и здравоохранение: Тихоокеанский государственный медицинский университет. -2017. -322 с. [https://studfile.net/tgmu/ozz/folder: 17866/#6446263].
- [154] Одинаева, Н.Ф. Урогенитальные инфекции у женщин репродуктивного возраста, проживающих в регионе влияния вредных выбросов алюминиевого производства, современные аспекты диагностики, профилактики и лечения: автореф. дис.... док. мед. наук: 14.01.01 / Одинаева Нигина Фарходовна. – М., 2010. – 49 с.
- [155] Одинец, А.В. Проблемы дерматовенерологии Северо-Кавказского Федерального округа / А.В. Одинец // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – Ставрополь. – 2016. - №3. – С. 21-32.
- [156] Остапчук, Н.А. Медико-социальные аспекты бесплодия в условиях г. Бреста / Н.А. Остапчук, С.В. Тыновец // Материалы 18-й межд. науч. конф. «Сахаровские чтения 2018 года: экологические проблемы XXI века». – Минск. – 2018. – С. 309-310.
- [157] Отчет Национального центра репродуктивного здоровья, Душанбе, 2020.
- [158] Отчет Республиканского центра по борьбе со СПИД, Душанбе, 2020.
- [159] Отчеты Министерства труда, миграции и занятости населения РТ за 2014-2020 гг.
- [160] Панкратов, О.В. Сифилис у беременных и детей (патогенез, клиника, диагностика, лечение и профилактика): автореф. дис... докт. мед. наук: 14.00.11 / Панкратова Олег Волентинович. – Минск. 2008. – 42 с.
- [161] Перщетская, Е.Б. Научное обоснование деятельности КВД по профилактике и снижению венерических заболеваний среди городского

- населения на территориальном уровне: автореф. дис.... канд. мед. наук: 14.00.33 / Перщетская Екатерина Борисовна. – СПб. 2005. – 19 с.
- [162] Петрова, А.Н. Заболеваемость смешанными урогенитальными инфекциями в Республике Саха (Якутия) за 2015-2017 гг. / А.Н. Петрова, Л.И. Петрова // MEDICUS. – 2019. - №5 (29). – С. 18-21.
- [163] Пирогова, Е.В. Использование информационных технологий как критерий эффективности деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.11 / Пирогова Елена Вячеславовна. – М., 2012. – 26 с.
- [164] План действий по охране сексуального и репродуктивного здоровья в поддержку выполнения Повестки дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. в Европе – никого не оставить без внимания. – Европейский Региональный Комитет ВОЗ, Шестьдесят Шестая Сессия. – Копенгаген, Дания 12-15 сентября 2016 г. -35с.
- [165] Плахова, К.И. Клиническое значение генетической variability генитальных микоплазм / К.И. Плахова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. - № 2. – С. 76-83.
- [166] Подзолкова, Н.М. Рациональные подходы к антибиотикотерапии урогенитальных инфекций / Н.М. Подзолкова // Акушерство и гинекология. – 2016. - № 1. – С. 48-52.
- [167] Полтава, Н.В. Репродуктивные установки и репродуктивное здоровье девочек-подростков Кыргызской Республики// Российский медико-биологический вестник имени академика И. П. Павлова. –Том 23, №1. - 2015. –С. 142-148.
- [168] Постановление ВЦИК и СНК СССР от 24.01. 1927 г. «О мерах борьбы с венерическими болезнями».
- [169] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30.10.2010 №561 «Программа по развитию здоровья молодежи в Республике Таджикистан на период 2011 – 2020 гг.». [Электронный ресурс]. Сайт доступа: http://www.adlia/tj/spiados__print.

- [170] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 25 февраля 2017 №90 «Программа государственных гарантий по обеспечению населения медико-санитарной помощью в пилотных районах Республики Таджикистан на 2017-2019 годы». [Электронный ресурс]. Сайт доступа: http://www.adlia/tj/spiados__print.
- [171] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 31 августа 2004 года №348 «Стратегический план Республики Таджикистан по репродуктивному здоровью населения на период до 2014 года».
- [172] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 2.08. 2010 г. № 368 «Национальная стратегия здоровья населения Республики Таджикистан на период 2010-2020 годы». – Душанбе. – 2010. – 129 с.
- [173] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 30 декабря 2000 года № 516 "Национальная программа профилактики и борьбы с ВИЧ/СПИД/БППП в Республике Таджикистан на период до 2007. года" – Душанбе. – 1997. – 105 с.
- [174] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 5.11. 2002 г. № 436 «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения в период до 2010 года». – Душанбе. – 2002. – 202с.
- [175] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 6.01. 1997 года № 27 «Стратегия Республики Таджикистан по охране здоровья населения до 2005 года». – Душанбе. – 1996. – 64с.
- [176] Постановление Правительства Республики Таджикистан от 9.04. 1997 года № 163 «Национальная программа профилактики и борьбы с вирусом иммунодефицита человека, СПИД и болезнями, передаваемыми половым путем (БППП), в Республике Таджикистан на 1997-1998 годы». – Душанбе. – 1997. – 84 с.
- [177] Постановление Правительства Российской Федерации от 10 декабря 2018 г. № 1506 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2019 год и на плановый период 2020 и 2021 годов».

- [178] Постановление Правительства РТ 14.03.03 об утверждении приказа № 97 МЗ РТ «Об амбулаторном обследовании и лечении больных ИППП», «О синдромном подходе к ведению больных инфекциями, передаваемыми половым путем», «Положение о первичной профилактике больных инфекциями, передаваемыми половым путем, в лечебно-профилактических учреждениях» и «Временная инструкция по учету больных с синдромным диагнозом поражений урогенитальной сферы».
- [179] Постановление Совета Министров СССР №139 от 1974г. и №72 от 1977 г. «Исключительно мерам по усилению борьбы с распространением венерических заболеваний».
- [180] Постановление Совета Министров Таджикской ССР №267-25 от 7.10. 1986 г. «О создании Республиканская межведомственная комиссия по борьбе с венерическими заболеваниями».
- [181] Постановление Совета Народных Комиссариатов Таджикской АССР от 21.12. 1927 г. №14 «Об оказания специализированной медицинской помощи населению в г. Душанбе»
- [182] Постановление Совнаркома СССР от 04.11. 1945 г. «О мероприятиях по усилению борьбы с венерическими заболеваниями».
- [183] Постановление ЦИК и Совнаркома Таджикской АССР №20 от 16.07. 1928 г. «О мерах борьбы с венерическими болезнями».
- [184] Потеекаев, Н.Н. Лабораторная диагностика сифилиса. Современные подходы и перспективы. Част I. Эпидемиология. Прямые методы диагностики / Н.Н. Потеекаев, Н.В. Фриго, Г.А. Дмитриев и др. // Клиническая дерматология и венерология. – 2021. – № 6. – С. 5-18.
- [185] Приказ Минздрава России от 07.12. 1993 г. № 286 «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем».
- [186] Приказ Минздрава России от 11 сентября 2017 г. № 622 «О сети национальных медицинских исследовательских центров».
- [187] Приказ Минздрава России от 21.12.2012 № 1348н «Об утверждении Порядка прохождения несовершеннолетними диспансерного наблюдения, в

том числе в период обучения и воспитания в образовательных учреждениях».

[188] Приказ Минздрава России от 26 октября 2017 №869н «Об утверждении порядка проведения диспансеризации определенных групп взрослого населения».

[189] Приказ Минздрава России от 6 марта 2015 № 87н «Об унифицированной форме медицинской документации и форме статистической отчетности, используемых при проведении диспансеризации определенных групп взрослого населения и профилактических медицинских осмотров, порядках по их заполнению».

[190] Приказ Минздрава СССР № 770 от 30.05.1986 в редакции от 09.12.1997 «О порядке проведения всеобщей диспансеризации населения».

[191] Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 14.03.2003 №97 об утверждении инструкции «Об амбулаторном обследовании и лечении больных ИППП».

[192] Приказ Министерства здравоохранения Республики Таджикистан от 20.12.2008 №713 «По усилению борьбы с распространением кожных инфекций и инфекций, передающихся половым путем»

[193] Приказ Министерство здравоохранения Таджикской ССР от 31.08.1972 №644 «Об организации при Министерстве здравоохранения республики, областных, городских управлениях здравоохранения и центральные районные больницых штабов для борьбы с распространением венерических болезней».

[194] Приказ Министерства здравоохранения СССР от 14.09.73 №730 «О штатных нормативах».

[195] Приказ Министерства здравоохранения СССР от 28.12.79 №1320 и от 17.04.1980 г. № 404 «О штатных нормативах».

[196] Приказ Министерства здравоохранения СССР от 18.06.81 №664 и от 25.06.81 №693 «О штатных нормативах».

- [197] Приказ Министерства здравоохранения Украины от 23.02.2000 №33 «О штатных нормативах и типовых штатах учреждений здравоохранения»
- [198] Приказ Министерство здравоохранения Украины от 30.08.2011 №550 «О Создании мультидисциплинарных рабочих групп по неработке медицинских стандартов и унифицированных клинических протоколов медицинской помощи на основе доказательной медицины».
- [199] Притуло, О.А. Дерматология и венерология: учебное пособие / О.А. Притуло, Г.А. Винцерская, Д.В. Прохоров, О.Ю. Олисова, А.А. Лепехова. – Москва. ИНФРА-М, 2021. – 204 с.
- [200] Пулатова, Г.К. Итоги деятельности органов и учреждений здравоохранения Таджикской ССР за 1985 и их задачи на 1986 год / Г.К. Пулатова // Здравоохранение Таджикистана. – 1986. - № 2. – С. 6-15.
- [201] Рахматов, Б.Р. К истории и об основных итогах научной деятельности кафедры кожных и венерических болезней Таджикского мединститута / Б.Р. Рахматов // В кн.: Вопросы эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики венерических заболеваний (материалы конференции). – Душанбе. – 1976. – С. 13-17.
- [202] Рахматулина, М.Р. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков / М.Р.Рахматулина, А.А. Шашкова // Вестник дерматологии и венерологи. - №4. -2013. –С.30-38.
- [203] Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и болезнями кожи за 2013–2017 годы [Статистические материалы]. Москва
- [204] Родионов, А.Н. Сифилис: руководство для врачей / А.Н.Родионов. – СПб. Литер, 2007. – 316 с.
- [205] Садретдинов, Р.А. Влияние инфекций, передающихся половым путём, на показатели репродуктивного потенциала при хроническом простатите /

- Р.А. Садретдинов, О.С. Полина, Л.П. Воронина // Вестник новых медицинских технологий. – 2016. - № 4. Т. 23. – С. 105-111.
- [206] Саженин, И.А. Состояние и перспективы развития здравоохранения Таджикистана / И.А. Саженин // Здравоохранение Таджикистана. – 1973. - № 6 (110). – С. 5-10.
- [207] Саламатова, Т. В. Знания о репродуктивном здоровье и качество жизни девушек 15-17 лет в условиях реализации принципов «клиники, дружественной к молодёжи» / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Вестник СурГУ. Медицина и образование в Сибири. №3 (22). -2015. –10с.
- [208] Саламатова, Т. В. К вопросу о деятельности отделения медико-социальной помощи детской поликлиники как инновационной формы «Клиники, дружественная к молодежи» в охране репродуктивного здоровья девушек / Т.В. Саламатова, В.В. Мещеряков // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. -2016; 24(1). –С. 11-15.
- [209] Салимзода, Н.Ф. Достижения дерматовенерологической службы Республики Таджикистан в период независимости / Н.Ф. Салимзода, Д.Н. Садыкова, А.М. Косимов, К.М. Мухамадиева // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 11-13.
- [210] Самарина А.В. Стратегия органичения распространения Вич инфекции у женщин репродуктивного возраста и риска перинатального заражения: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.01.01 –акушерство и гинекология, 14.01.09 –инфекционные болезни / А. В. Самарина. СПб., 2014. -39 с.
- [211] Скрипкин, Ю.К. Дерматовенерология: национальное руководство / Ю.К. Скрипкин, Ю.С. Бутов, О.Л. Иванов. – Москва: 2013. – 1015 с.
- [212] Скрипкин, Ю.К. Профилактика и диспансеризация в дерматовенерологии: учебное пособие / Ю.К. Скрипкин, А.А. Кубанова, М.М. Левин и др. – Москва-Смоленск: 1996. – 120 с.

- [213] Сокова, Е.П. К истории развития серологической службы в Таджикистане / Е.П. Сокова, Э.Ф. Токмакова // В кн.: Вопросы эпидемиологии, клиники, лечения и профилактики венерических заболеваний (материалы конференции). – Душанбе. – 1976. – С. 22-24.
- [214] Соколовский, Е.В. Дерматовенерология: учебник / Е.В. Соколовский, Г.Н. Михеев, Т.В. Красносельских [и др.]. – СПб.: СпецЛит 2017. – 687 с.
- [215] Справочная книжка Самаркандской области на 1895 г. Самарканд, 1895. – С. 58-60.
- [216] Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России. 22-е издание. – М.: Видаль Рус, 2016. – 1240 с.
- [217] Стародубов В.И., Александрова Г.А., Богданова Е.В., Голубев Н.А., Мелехина Л.Е., Огрызко Е.В. и др. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, заразными кожными болезнями и заболеваниями кожи за 2019–2020 гг. Статистические материалы. М.: Департамент мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения Минздрава России, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Минздрава России, ФГБУ «Государственный научный центр дерматовенерологии и косметологии» Минздрава России, 2021.
- [218] Статистический сборник «Численность населения Республики Таджикистан на 1 января 2019 года». – УОП ГУ «ГВИЦ» Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан. – Душанбе. -2019. - 53 с.
- [219] Султанахмедов, Э.С. Проблемы и пути совершенствования лабораторной диагностики хламидийной инфекции (Обзор) / Э.С. Султанахмедов // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2015. - №3. Т. 11. – С. 414-421.
- [220] Таджибаев, У.А. Эффективность тимоцина в комплексном лечении уrogenитального хламидиоза у мужчин / У.А. Таджибаев // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2011. - № 3. – С. 69-74.

- [221] Таджиев, Я.Т. «Правда Востока» от 26 марта 1925 года.
- [222] Таджиев, Я.Т. Здравоохранение Таджикистана: монография / Я.Т. Таджиев. – Душанбе. Издательство «Ирфон», 1974. – 240 с.
- [223] Таджиев, Я.Т. Материалы к истории здравоохранения Таджикистана (Ленинабадская область) / Я.Т. Таджиев // Здравоохранение Таджикистана. – 1984. - № 2 (191). – С. 76-80.
- [224] Таджиев, Я.Т. Медицинские кадры на первых этапах здравоохранения Таджикистана / Я.Т. Таджиев // Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 1972. - № 2 (118). – С. 16-21.
- [225] Таджиев, Я.Т. О пионерах здравоохранения южной группы районов Таджикистана / Я.Т. Таджиев, В.Т. Тхостова // Здравоохранение Таджикистана. – 1985. - № 1 (196). – С. 58-62.
- [226] Тапильская, Н.И. Обоснование эффективности антибактериальной терапии в лечении хронической воспалительной болезни матки / Н.И. Тапильская, С.А. Карпеев, С.Н. Гайдуков // Вестник дерматологии и венерологии. – 2015. - № 2. – С. 130-138.
- [227] Турдалиева, Б. С. Охрана репродуктивного здоровья в Казахстане / Б.С. Турдалиева// Вестник Казахского Национального медицинского университета. -№2-4. -2014. –С. 30-35.
- [228] Тухтаева, М.А. Характеристика распространенности микст TORCH – инфекций среди определенных лиц Бухарского вилоята / М.А. Тухтаева, Д.А. Тухтаев, С.Х. Хамидова // Молодёжь и медицинская наука. – Тверь. – 2018. – С. 429-430.
- [229] Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период 2024 года».
- [230] Указ Президиума Верховного Совета Министров СССР от 01.10.1971 «Об усилении ответственности за распространение венерических заболеваний».
- [231] Указ Президиума Верховного Совета Министров СССР от 18.06.1979, статья 36 «Специальные меры профилактики и лечения заболеваний,

представляющих опасность для окружающих, а также карантинных заболеваний».

- [232] Устинов, А.В. Дерматовенерологическая служба: современное состояние и перспективы развития / А.В. Устинов // Украинский медицинский журнал. – Киев. – 2011. - №5 (85). – С. 11-18.
- [233] Уфимцева, М.А. Современная эпидемиологическая ситуация по заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в крупном промышленном городе / М.А. Уфимцева, Е.П. Гурковская, Т.А. Береснева // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2017. - №6. – С. 250-252.
- [234] Федеральное руководство по использованию лекарственных средств (формулярная система). Выпуск XVII. – М.: Видокс, 2016. – 1045 с.
- [235] Федеральные клинические рекомендации. Дерматовенерология 2015: Болезни кожи. Инфекции, передаваемые половым путем. – 5-е изд., перераб. и доп. – М.: Деловой экспресс. 2016. – С. 755-762.
- [236] Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» ст. 46, ч. 5, ст. 54.
- [237] Федеральный закон Российской Федерации от 25 декабря 2018 № 489-ФЗ «О внесении изменений в статью 40 Федерального закона «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» и Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» по вопросам клинических рекомендаций».
- [238] Федорова, В.А. Совершенствование лабораторной диагностики урогенитальной хламидийной инфекции у пациентов с нарушением репродуктивной функции, инфицированных *Chlamydia trachomatis* / В.А. Федорова, и др. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2017. - № 2. – С. 34-44.
- [239] Федоткина С.А. Комплексной социально-гигиеническое исследование самосохранительного поведения и здоровья молодежи: автореф. дис. ... д-ра

мед. наук: 14.02.03 –общественное здоровье и здравоохранение / С. А. Федоткина, Москва, 2014. -32с.

- [240] Хакназарова, М.А. Клинико-лабораторные аспекты хронических воспалительных заболеваний у женщин репродуктивного возраста / М.А. Хакназарова, М.С. Норматова // Известия академии наук Республики Таджикистан. – 2010. - № 3 (172). – С. 83-88.
- [241] Хрянин, А.А. Роль микоплазменной инфекции (*M. hominis* и *U. urealyticum*) в воспалительных заболеваниях мочеполовой системы — дискуссия продолжается / А.А. Хрянин, О.В. Решетников // Урология. – 2017. – №3. – С. 112–119.
- [242] Худорамова, Ш. Развитие дерматовенерологии в Бадахшане / Ш. Худорамова // Материалы круглого стола «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дерматовенерологии» посвященной 25-летию независимости Республики Таджикистан. – Душанбе. – 2016. – С. 32.
- [243] Царуева, Т.В. Методы коррекции нарушений показателей иммунного статуса у женщин с урогенитальной хламидийной инфекцией / Т.В. Царуева, и др. // Уральский медицинский журнал. – 2020. - № 1 (184). – С. 80-82.
- [244] ЦГА Таджикской ССР, ф. 1. оп. 1. ед. хр. 1966, лл. 185-186.
- [245] ЦГА Таджикской ССР, ф. 12. оп. 1. ед. хр. 2, лл. 361, 407.
- [246] ЦГА Таджикской ССР, ф. 279. оп. 2. ед. хр. 94, лл. 13, 20.
- [247] ЦГА Таджикской ССР, ф. 9. оп. 3. ед. хр. 119, л. 148.
- [248] ЦГА Узбекской ССР, ф. 18. оп. 1. ед. хр. 11425. лл. 194-195.
- [249] ЦГА Узбекской ССР, ф. 25. оп. 3. ед. хр. 196, л. 25.
- [250] ЦГА Узбекской ССР, ф. 3. оп. 1. ед. хр. 248. л. 624.
- [251] Чеботарёв, В.В. Макролиды в лечении урогенитальной инфекции: доказанная эффективность или маркетинговая политика фармацевтических компаний / В.В. Чеботарев, М.С. Асхаков, Н.В. Чеботарёва, Е.В. Щетинин // Медицина. – 2018. – № 1. – С. 25-41.

- [252] Чеботарёв, В.В. Современные аспекты лечения урогенитальной хламидийной инфекции / В.В. Чеботарёв, М.С. Асхаков, О.А. Кайшева // Традиционная и инновационная наука: история, современное состояние, перспективы: сборник статей Международной научно-практической конференции в 5 ч. – 2017. Ч. 4. – С. 146-152.
- [253] Чеботарев, В.В. Современные аспекты хламидийной и микоплазменной инфекций: монография / В.В. Чеботарев, М.С.Асхаков, Н.В. Чеботарева - Saarbrucken, Germany: LAP LAMBERT Academic Publishing RU, 2017. – 288 с.
- [254] Чубукова, О.А. Сочетанные урогенитальные инфекции у мужчин / О.А. Чубукова, В.В. Шкарин // Урология. – 2017. - № 6. – С. 126-130.
- [255] Шакуров, И.Г. Организационно-управленческая модель дерматовенерологической службы субъекта федерации на примере Самарской области: автореф. дис.... докт. мед. наук: 14.00.11 / Шакуров Ильдар Гомерович. – М., 2003. – 33 с.
- [256] Шапошников, О.К. Венерические болезни: Руководство для врачей / О.К. Шапошников. – Москва: «МЕДИЦИНА», - 1991. – 544 с.
- [257] Шевнина, Е.М., Анкетирование как дополнительный метод изучения распространенности инфекций, передающихся преимущественно половым путем / Е.М. Шевнина, И.В. Лысогорская //Вестник Новгородского государственного университета. – Новгород. – 2017. - № 8 (106). – С. 23-37.
- [258] Шляфер, С.И. Теоретическое обоснования и разработка механизмов повышения эффективности неотложной медицинской помощи и помощи на дому городскому населению: дисс... докт. мед. наук: 14.00.33 / Шляфер София Исаковна. – М., 2004. – 331с.
- [259] Щепин, О.П. Современный этап реформы здравоохранения и обеспечение доступности медицинской помощи в РФ / О.П. Щепин // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 1999. - № 3. – С. 7-10.
- [260] Щербакова, Ю.В. Чувствительность возбудителей заболеваний урогенитального тракта к антибактериальным препаратам и состав биотопа

- у пациентов с инфекциями, передающимися половым путем / Ю.В. Щербакова, Г.И. Мавров, С.К. Джораева, В.В. Гончаренко // *Дерматология та венерология*. – Харьков. – 2016. - № 1 (71). – С. 49-56.
- [261] Юсупова, Л.А. Современное состояние проблемы урогенитальной микоплазменной инфекции / Л.А. Юсупова, и др. // *Лечащий врач*. – 2019. - № 9. - С. 18.
- [262] Ягудин Р.Х. Особенности реализации медико-социальных федеральных и региональных программ в Республике Татарстан и их эффективность: автореф. дис. ... докт. мед. наук: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение / Р. Х. Ягудин. – Санкт – Петербург. -2014. -37 с.
- [263] Abdelrahman Y.M., Belland R.J. The chlamydial developmental cycle // *FEMS Microbiol. Rev.* 2005. Vol. 29. № 5. P. 949–959.
- [264] Ahmadi M.H, Mirsalehian A, Bahador A. Association of Chlamydia trachomatis with infertility and clinical manifestations: a systematic review and meta-analysis of case-control studies. *Infect Dis. (Lond)* 2016; 48(7): 517–23.
- [265] Akhvlediani L. Prevalence of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in pregnant and women with reproductive problems // *Georgian Med. News.* 2012. Vol. 208–209. P. 59–63.
- [266] Amirmozafari N, Mirnejad R, Kazemi B, Sariri E, Bojari MR, Darkahi FD. Comparison of polymerase chain reaction and culture for detection of genital mycoplasma in clinical samples from patients with genital infections // *Saudi Med J.* – 2009. - №30. - P. 1401–1405.
- [267] Aral S.O. Determinants of STD epidemics: implications for phase appropriate intervention strategies. *Sex. Transm. Infect.* 2002. Vol. 78 (suppl 1). P. 3 –13.
- [268] Arif N., Juyal D., Sebastian S. et al. Analysis of laboratory testing results for Chlamydia trachomatis infection in an STI clinic in India: Need for extragenital screening // *International Journal of Infectious Diseases*, 2017, vol. 57, p. 1-2.
- [269] Armed Forces Health Surveillance Center. Defense Medical Epidemiology Database. Available from: <http://www.afhsc.mil>. Accessed: 30 Aug 2017.

- [270] Armitage CW, Carey AJ, Beagley KW. Rodent Infections for Chlamydia spp. *Methods Mol Biol.* 2019; 2042:219-236. doi: 10.1007/978-1-4939-9694-0_15. PMID: 31385279
- [271] Askhakov, M. S. A new step in the treatment of chronic infectious prostatitis / M. S. Askhakov // *Eur. J. Natural History.* – 2018. – № 2. – P. 20-23. URL: <http://world-science.ru/en/issue/view?id=529> (датаобращения: 17.03.2018).
- [272] Assessment of Chlamydia trachomatis, Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis, and Mycoplasma genitalium in semen and first void urine specimens of symptomatic male partners of infertile couples / R. Gdoura, W. Kchaou, L. Ammar-Keskes [et al.] // *J. Androl.* – 2008. – V. 29, N 2. – P. 198-206.
- [273] Barykova YA, Logunov DY, Shmarov MM, Vinarov AZ, Fiev DN, Vinarova NA, et al. Association of Mycoplasma hominis infection with prostate cancer // *Oncotarget.* - 2011. - №2 (4). - P. 289–297.
- [274] Batteiger TA, Jordan SJ, Toh E, Fortenberry L, Williams JA, LaPradd M, Katz B, Fortenberry JD, Dodge B, Arno J, Batteiger BE, Nelson DE. Detection of Rectal Chlamydia trachomatis in Heterosexual Men Who Report Cunnilingus. / *Sex Transm Dis.* 2019 Jul; 46(7):440-445. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000998. PMID: 31194715
- [275] Baud D, Vulliamoz N, Ammerdorffer A, Gyger J, Greub G, Castella V, Stojanov M. Waddlia chondrophila, a Chlamydia-related bacterium, has a negative impact on human spermatozoa. *Hum Reprod.* 2018 Jan 1; 33 (1):3-10. doi: 10.1093/humrep/dex342.
- [276] Bayraktar M.R., Ozerol I.H., Gucluer N. et al. Prevalence and antibiotic susceptibility of Mycoplasma hominis and Ureaplasma urealyticum in pregnant women // *Int. J. Infect. Dis.* 2010. Vol. 14. № 2. P. 90–95
- [277] Beale MA, Marks M, Sahi SK, et al. Genomic epidemiology of syphilis reveals independent emergence of macrolide resistance across multiple circulating lineages. *Nat Commun.* 2019;22;10(1):3255. doi: 10.1038 /s41467-019-11216-7

- [278] Boiko I, Golparian D, Krynytska I, Unemo M. High prevalence of *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* and particularly *Trichomonas vaginalis* diagnosed using US FDA-approved Aptima molecular tests and evaluation of conventional routine diagnostic tests in Ternopil, Ukraine. /APMIS. 2019 Jun 21. doi: 10.1111/apm.12975. [Epub ahead of print] PMID: 31225920
- [279] Boily M.C., Baggaley R.F., Wang L. et al. Heterosexual risk of HIV-1 infection per sexual act: systematic review and metaanalysis of observational studies. *Lancet Infect. Dis.*, 2009, Vol. 9, No. 2, pp. 118–129.
- [280] Caini S, Gandini S, Dudas M, Bremer V, Severi E, Gherasim A. Sexually transmitted infections and prostate cancer risk: a systematic review and meta-analysis // *Cancer epidemiology*. - 2014. - № 38(4). - P. 329–338.
- [281] Can Social Network Analysis Help Address the High Rates of Bacterial Sexually Transmitted Infections in Saskatchewan? / Trecker, M.A., et al. *Sexually Transmitted Diseases*. 2017. Vol. 44. P. 338 – 343 doi: 10.1097/OLQ.0000000000000599.
- [282] Carlsen K.H., Jensen J.S. *Mycoplasma genitalium* PCR: does freezing of specimens affect sensitivity? *J. Clin. Microbiol.* 2010. Vol. 4: 3624-3627.
- [283] Carter JD, Espinosa LR, Inman RD, et al. Combination antibiotics as a treatment for chronic *Chlamydia*-induced reactive arthritis: a double-blind, placebo-controlled, prospective trial // *Arthritis Rheum.* 2010; 62(5):1298–307. doi: 10.1002/art.27394
- [284] CDC. Sexually Transmitted Diseases Guidelines; 2015; available at: <http://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm>
- [285] Centers for Disease Control and Prevention. 2014 Sexually transmitted diseases treatment guidelines. *MMWR* 2014; In press. 2014 edition of important reference for treatment of STDs, including *Chlamydia trachomatis* infection. Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance, 2015. Atlanta, GA: Department of Health and Human Services; October 2016.

- [286] Cox C, McKenna JP, Watt AP, Coyle PV. *Ureaplasma parvum* and *Mycoplasma genitalium* are found to be significantly associated with microscopyconfirmed urethritis in a routine genitourinary medicine setting. *Int J STD AIDS*. 2016;27(10):861–867. doi: 10.1177/0956462415597620.
- [287] Cyril Férandon, Olivia Peuchant, Hélène Renaudin, Cécile Bébéar. Diversity of *Mycoplasma hominis* clinical isolates from Bordeaux, France, as assessed by multiple-locus variable-number tandem repeat analysis // *BMC Microbiol.* - 2013. - №13. - P. 120-126.
- [288] Dabaja AA, Schlegel PN. Medical treatment of male infertility // *Transl Androl Urol.* – 2014. - №3. – P. 9–16.
- [289] Davies B., Turner K.M.E., Frolund M. et al. Risk of reproductive complications following chlamydia testing: a population-based retrospective cohort study in Denmark // *Lancet Infectious Diseases*, The, 2016, vol. 16, no. 9, p. 1057-1064.
- [290] De Borborema-Alfaia A.P.B., de Lima Freitas N.S., Filho S.A., Borborema-Santos C.M. Chlamydia trachomatis infection in a sample of northern Brazilian pregnant women: prevalence and prenatal importance // *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2013, vol. 17, no. 5, p. 545-550
- [291] Deguchi T, Shimada Y, Horie K, et al. Bacterial loads of *Ureaplasma parvum* contribute to the development of inflammatory responses in the male urethra. *Int J STD AIDS*. 2015; 26(14):1035–1039. doi: 10.1177/0956462414565796.
- [292] Deguchi T. Nonchlamydial nongonococcal urethritis/ T. Deguchi, M. Yasud, S. Maeda // *Nippon Rinsho.* – 2009. – V. 67, N 1. – P.167-171.
- [293] Dhawan B., Malhotra N., Sreenivas V. et al. *Ureaplasma* serovars & their antimicrobial susceptibility in patients of infertility & genital tract infections // *Indian J. Med. Res.* 2012. Vol. 136. № 6. P. 991–996.
- [294] Dielissen PW, Teunissen DA, Lagro-Janssen AL. Chlamydia prevalence in the general population: is there a sex difference? A systematic review. *BMC Infect Dis.* 2013; 13: 534. <https://doi.org/10.1186/1471-2....>

- [295] Donders GG, Ruban K, Bellen G, et al. Mycoplasma/ Ureaplasma infection in pregnancy: to screen or not to screen. *J Perinat Med*. 2017; 45(5):505–515. doi: 10.1515/jpm-2016-0111.
- [296] El Kettani A, Mahiané G, Abu-Raddad L, Smolak A, Rowley J, Nagelkerke N, et al. Trends in Adult Chlamydia and Gonorrhoea Prevalence, Incidence and Urethral Discharge Case Reporting in Morocco over 1995-2015 – Estimates Using the Spectrum-Sexually Transmitted Infection Model. *SexTransmDis*. 2017. September; 44 (9): 557-64. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000647.
- [297] Epidemiology Sexual network position and risk of sexually transmitted infections / Fichtenberg C. M., et al. *Sex. Transm. Infect.* 2009. Vol. 85. P. 493-498.
- [298] European guideline for the management of Chlamydia trachomatis infections. <http://www.cdc.gov/std/tg2010/chlamydia.htm>
- [299] Farkas B, Ostorhazi E, Ponyai K et al. Frequency and antiresistance of Ureaplasma urealyticum and Mycoplasma hominis in genital samples of sexually active individuals // *Orv Hetil*. 2011 Oct 16; 152 (42): 1698-702.
- [300] Farrell J., Sarson J., Akesson J. et al. Ureaplasma parvum prosthetic joint infection detected by PCR *J. Clin. Microbiol.* 2014; 52 (6) 2248-2250. DOI: 10.1128/JCM.00432-14.
- [301] Feodorova VA, Zaitsev SS, Saltykov YV, Ulyanov SS, Motin VL. Multi-locus sequence analysis reveals a novel sequence type of Chlamydia trachomatis in Saratov Region, Russia. / *New Microbes New Infect.* 2019 Jul 3; 31:100584. doi: 10.1016/j.nmni.2019.100584. eCollection 2019 Sep. PMID: 31372233
- [302] Filardo S, Di Pietro M, Tranquilli G, Latino MA, Recine N, Porpora MG, Sessa R. Selected Immunological Mediators and Cervical Microbial Signatures in Women with Chlamydia trachomatis Infection. *mSystems*. 2019 Jun 4.4(4). pii: e00094-19. doi: 10.1128/mSystems.00094-19. PMID: 31164450
- [303] Flouzat-Lachaniette C-HH, Guidon J, Allain J, Poignard A. An uncommon case of Mycoplasma hominis infection after total disc replacement // *European spine journal: official publication of the European Spine Society, the European*

Spinal Deformity Society, and the European Section of the Cervical Spine Research Society. - 2013. - №22. - (Suppl 3. - P. 394– 398.

- [304] Foschi C, Salvo M, Cevenini R, Marangoni A. Chlamydia trachomatis antimicrobial susceptibility in colorectal and endocervical cells. *J Antimicrob Chemother.* 2018 Feb 1;73 (2): 409-413. doi: 10.1093/jac/dkx392
- [305] Gallegos G., Ramos B., Santiso R. et al. Sperm DNA fragmentation in infertile men with genitourinary infection by Chlamydia trachomatis and Mycoplasma // *Fertil. Steril.* 2008. Vol. 90. № 2. P. 328–334.
- [306] Gdoura R., Kchaou W., Chaari C., Znazen A., Keskes L., Rebai T., Hammami A. Ureaplasma urealyticum, Ureaplasma parvum, Mycoplasma hominis and Mycoplasma genitalium infections and semen quality of infertile man. *BMC Infect Dis.* 2007. Vol. 8(7). P. 129.
- [307] Geisler WM, Koltun WD, Abdelsayed N, et al. Safety and efficacy of WC2031 versus vibramycin for the treatment of uncomplicated urogenital Chlamydia trachomatis infection: a randomized, double-blind, double-dummy, active-controlled, multicenter trial. *Clin Infect Dis* 2012; 55: 82–8.
- [308] Geisler W.M. Duration of untreated uncomplicated Chlamydia trachomatis genital infection and factors associated with Chlamydia Resolution: A Review of Human Studies. *J. Infect Dis.* 2010; 201 (suppl.2):104-113
- [309] Gillespie C.W., Manhart L.E., Lowens M.S. et al. Asymptomatic urethritis is common and is associated with characteristics that suggest sexually transmitted etiology // *Sex. Transm. Dis.* 2013. Vol. 40. № 3. P. 271–274.
- [310] Global Infectious Diseases and Epidemiology Network. Chlamydia Infections, Worldwide. Available at: <https://web.gideonline.com/web...> Access: 29 Aug 2017.
- [311] Golden M.R. Epidemiology of chlamydial infection: are we losing ground? / M.R. Golden, J.A. Schillinger, W.C. Miller // *Sex Transm. Infect.* – 2008. - № 84. – P.82–86.

- [312] Gullette D.L. Factors associated with sexually transmitted infections in men and women [Text] / D.L. Gullette, J.L. Rooker, R.L. Kennedy // *Commun. Hlth. Nurs.* – 2009. - № 26(30). – P.121-130.
- [313] Hakre S, Oyler RJ, Ferrell KA, Li F, Michael NL, Scott PT, et al. Chlamydia trachomatis infection rates a cohort of mobile soldiers stationed at Fort Bragg, North Carolina, 2005–2010. *BMC Public Health* 2014; 14: 181. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-14-181>.
- [314] Hammerschlag MR, Kohlhoff SA, Gaydos CA. Chlamydia pneumoniae. In: Mandell GL, Bennett JE, Dolin R, editors. *Principles and practice of infectious diseases*. 8 th edition. Elsevier, Inc., Philadelphia, PA; 2014;p. 2174-83
- [315] Hammerschlag MR, Kohlhoff SA. Treatment of chlamydial infections. *Expert Opin Pharmacother* 2011; 13:542-52.
- [316] Hartman M. Genityal Mycoplasmas. *Journal of the German Society of Dermatology*. 2009. Vol. 7. no.4. P. 371-377.
- [317] Hathorn E, Opie C, Goold P. What is the appropriate treatment for the management of rectal Chlamydia trachomatis in men and women? *SexTransmInfect* 2012; 88:352–4.
- [318] Hedger M.P. Immunophysiology and pathology of inflammation in the testis and epididymis // *J. Androl*. 2011. Vol. 32. № 6. P. 625–640.
- [319] Hernandez-Marin I, Aragon-Lopez CI, AldamaGonzalez PL, Jiménez-Huerta J. [Prevalence of infections (Chlamydia, Ureaplasma and Mycoplasma) in patients with altered tuboperitoneal factor. (Article in Spanish)]. *Ginecol Obstet Mex*. 2016;84(1):14–18.
- [320] Horner, P. J. 2016 European guideline on the management of non-gonococcal urethritis / P. J. Horner, K. Blee, L. Falk [et al.] // *Int. J.STD and AIDS*. – 2016. – Vol. 27, № 11. – P. 928-937.
- [321] Huang C., Zhu H.L., Xu K.R., Wang S.Y., Fan L.Q., Zhu W.B. Mycoplasma and Ureaplasma infection and male inferty: a systematis review and meta-analysis. *Andrology*. 2015. Sep. 3 (5). P. 809-816. DOI: 101111/andr. 12078.

- [322] Hughes Gwenda. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK: impact of behavior, services and intervention / Gwenda Hughes, Nigel Field // *Future Microbiology*. – 2015. - Vol. 1.
- [323] Inman RD. Reactive arthritis. In: Hochberg ML, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH, editors. *Rheumatology*. 6th ed. Philadelphia Mosby; 2015. P. 928–40
- [324] Jain, A. Chlamydia point-of-care testing: where are we now? / A. Jain // *Sex Transm. Infect.* – 2013. – Vol. 89, № 2. – P. 88-99.
- [325] Johnson RM, Yu H, Strank NO, Karunakaran K, Zhu Y, Brunham RC. B-Cell Presentation of Chlamydia Antigen Selects Out Protective CD4⁺13 T Cells: Implications for Genital Tract Tissue-Resident Memory Lymphocyte Clusters. *Infect Immun.* 2018 Jan 22; 86 (2). pii: e00614-17. doi: 10.1128/IAI.00614-17.
- [326] Jones C.E., Munoz F.M., Spiegel H.M.L. et al. Guideline for collection, analysis and presentation of safety data in clinical trials of vaccines in pregnant women // *Vaccine*, 2016, vol. 34, no. 49, p. 5998-6006.
- [327] Jungwirth A., Diemer T., Kopa Z., Krausz C., Minhas S., Tournaue H. EAU Guidelines on Male Infertility. URL: <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-on-Male-Infertility-2018-large-text.pdf>
- [328] Kalichman S.C., Pellowski J., Turner C. Prevalence of Sexually Transmitted CoInfections in People Living with HIV/AIDS: Systematic Review with Implications for using HIV Treatments for Prevention. *Sex Transm. Infect.* 2011. Vol. 87, No. 3. P. 183 – 190.
- [329] Kalwij, S. Using educational outreach and a financial incentive to increase general practices' contribution to chlamydia screening in South-East London 2003–2011 / S. Kalwij, S. French, R. Mugezi, P. Baraitser // *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12 (1). P. 802
- [330] Karaer A., Mert I., Cavkaytar S. et al. Serological investigation of the role of selected sexually transmitted infections in the aetiology of ectopic pregnancy // *Eur. J. Contracept Reprod. Health Care*. 2013. Vol. 18. № 1. P. 68–74.

- [331] Kasprzykowska U, Sobieszcańska B, Duda-Madej A, et al. A twelve-year retrospective analysis of prevalence and antimicrobial susceptibility patterns of *Ureaplasma* spp. and *Mycoplasma hominis* in the province of Lower Silesia in Poland. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2018; 220:44–49. doi: 10.1016/j.ejogrb.
- [332] Kavanagh K., Wallace L.A., Robertson C. et al. Estimation of the risk of tubal factor infertility associated with genital chlamydial infection in women: a statistical modeling study // *Int. J. Epidemiol.* 2013. Vol. 42. № 2. P. 493–503.
- [333] Kissinger P., Adamski A. Trichomoniasis and HIV interactions: a review. *Sex. Transm. Infect.*, 2013, vol. 89, no. 6, pp. 426–433.
- [334] Kogan M., Belousov I., Afoko A., Shangichev A., Relationship of lower urinary tract symptoms and chronic pelvic pain syndrome in men with pelvic hemodynamic disorders // 24th Annual EUA Cjngress. Stockholm. 2009. Abstract 552. P. 258
- [335] Kokkayil P, Dhawan B. *Ureaplasma*: current perspectives. *Indian J Med Microbiol.* *Indian J Med Microbiol.* 2015;33(2):205–214. doi: 10.4103/02550857.154850. 19 Tom 10 №1
- [336] Korzeniewski K, Konior M, Lass A, Guzek A. Occurrence of *Chlamydia trachomatis* in military environment on the example of professional soldiers in the Polish Armed Forces. In *Marit Health.* 2014; 65(3): 137–41. doi.org/10.5603/IMH.2014.0028
- [337] Kumar P, Bhakuni DS, Khanna G, Batra S, Sharma VK, Rastogi S. / *Chlamydia trachomatis*-induced reactive arthritis in India: frequency and clinical presentation. /*Sex Transm Infect.* 2017 Jun; 93 (4):233. doi: 10.1136/sextrans-2016-052830. No abstract available.PMID: 28576785
- [338] Lanjouw E., Ouburg S., Vries H.J. et al. 2015 European guideline on the management of *Chlamydia trachomatis* infections // *Int. J. STD & AIDS*, 2015, vol. 0 (0), p. 1-16. doi:10.1177/0956462415618837
- [339] Lau A, Kong FYS, Huston W, Chow EPF, Fairley CK, Hocking JS Factors associated with anorectal *Chlamydia trachomatis* or *Neisseria gonorrhoeae* test

- positivity in women: a systematic review and meta-analysis. / *Sex Transm Infect.* 2019 Aug;95(5):361-367. doi: 10.1136/sextrans-2018-053950. Epub 2019 May 16. PMID: 31097677
- [340] Leli C, Mencacci A, Latino MA, et al. Prevalence of cervical colonization by *Ureaplasma parvum*, *Ureaplasma urealyticum*, *Mycoplasma hominis* and *Mycoplasma genitalium* in childbearing age women by a commercially available multiplex real-time PCR: An Italian observational multicentre study. *J Microbiol Immunol Infect.* 2018; 51 (2):220–225. doi: 10.1016/j.jmii.2017.05.004.
- [341] Lobao TN, Campos GB1, Selis NN, et al. *Ureaplasma urealyticum* and *U. parvum* in sexually active women attending public health clinics in Brazil. *Epidemiol Infect* 2017; 145 (11): 2341–2351. doi: 10.1017/S0950268817001145.
- [342] Lushnikova E., Nepomnyashchikh, Abdullaev N. Role of sexuelle transmitted infections in the structural and functional reorganization of prostate Bull // *Exp. Biol. Med.*, 2012, v. 153, № 2, p. 283–288.
- [343] Mackern-Oberti J.P., Motrich R.D., Breser M.L. et al. *Chlamydia trachomatis* infection of the male genital tract: an update // *J. Reprod. Immunol.* 2013. Vol. 100. № 1.P. 37–53.
- [344] Mackern-Oberti JP, Motrich RD, Damiani MT, Saka HA, Quintero CA, Sánchez LR, Moreno-Sosa T, Olivera C, Cuffini C, Rivero VE. Male genital tract immune response against *Chlamydia trachomatis* infection. *Reproduction.* 2017 Oct; 154 (4): R99-R110. doi: 10.1530/REP-16-0561.
- [345] Mahlangu MP, Müller EE, Venter JME, Maseko DV, Kularatne RS. The Prevalence of *Mycoplasma genitalium* and Association With Human Immuno deficiency Virus Infection in Symptomatic Patients, Johannesburg, South Africa, 2007-2014./ *SexTransmDis.* 2019 Jun;46(6):395-399. doi: 10.1097/OLQ.0000000000000984. PMID: 31095102
- [346] Marks L. Strengthening Public Health Capacities and Services in Europe: a Framework for Action. WHO Regional Office for Europe. – World Health Organization, 2011. – 60 p.

- [347] Mayer KH, Maloney KM, Levine K, King D, Grasso C, Krakower DS, Rosenberg ES, Boswell SL. Sociodemographic and Clinical Factors Associated With Increasing Bacterial Sexually Transmitted Infection Diagnoses in Men Who Have Sex With Men Accessing Care at a Boston Community Health Center (2005-2015). *OpenForumInfectDis*. 2017 Oct 8; 4 (4): ofx214. doi: 10.1093/ofid/ofx214.
- [348] Meseguer-Peinado M.A., Acosta-Boga B., Matas-Andreu L. et al. Microbiological diagnosis of mycoplasma infections // *Enferm. Infecc. Microbiol. clin*. 2012. Vol. 30. № 8. P. 500–504.
- [349] Mitchell C, Prabhu M. Pelvic inflammatory disease: current concepts in pathogenesis, diagnosis and treatment. *Infect Dis Clin North Am*. 2013;27(4):793–809. doi: 10.1016/j.idc.2013.08.004.
- [350] Moazenchi M, Totonchi M, Salman YR, Hratian K, Mohseni MA, Ahmadi Panah M, Chehrazi M, Mohseni MA. The impact of Chlamydia trachomatis infection on sperm parameters and male fertility: A comprehensive study. *Int J STD AIDS*. 2018 Apr;29(5):466-473. doi: 10.1177/0956462417735245. Epub 2017 Oct 25.
- [351] Muhleisen AL, Herbst-Kralovetz MM. Menopause and the vaginal microbiome. *Maturitas*. 2016; 91:42–50. doi: 10.1016/j.maturitas. 2016.05.015.
- [352] Mukura LR, Hickey DK, Rodriguez-Garcia M, Fahey JV, Wira CR. Chlamydia trachomatis regulates innate immune barrier integrity and mediates cytokine and antimicrobial responses in human uterine ECC-1 epithelial cells. *AmJReprodImmunol*. 2017 Dec; 78 (6). doi: 10.1111/aji.12764. Epub 2017 Sep 16.
- [353] Murtha AP, Edwards JM. The role of Mycoplasma and Ureaplasma in adverse pregnancy outcomes // *Obstetrics and gynecology clinics of North America*. - 2014. -№41 (4). - P. 615–267.
- [354] Mustanski B, Feinstein BA, Madkins K, Sullivan P, Swann G. Prevalence and Risk Factors for Rectal and Urethral Sexually Transmitted Infections From Self-Collected Samples Among Young Men Who Have Sex With Men Participating in

- the Keep It Up! 2.0 Randomized Controlled Trial. *Sex Transm Dis.* 2017 Aug; 44(8): 483-488. doi: 10.1097 /OLQ.0000000000000636. PMID: 28703727
- [355] Naglak EK, Morrison SG, Morrison RP. Neutrophils Are Central to Antibody-Mediated Protection against Genital Chlamydia / *Infect Immun.* 2017 Sep 20; 85(10). pii: e00409-17. doi: 10.1128/IAI.00409-17. Print 2017 Oct. PMID: 28739831
- [356] Newman L, Rowley J, Vander Hoorn S, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global Estimates of the Prevalence and Incidence of Four Curable Sexually Transmitted Infections in 2012 Based on Systematic Review and Global Reporting. *PLoS One* 2015; 10(12): e0143304. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0143304>
- [357] Nunes A., Gomes J.P. Evolution, phylogeny, and molecular epidemiology of Chlamydia // *Infect. Genet. Evol.* 2014. Vol. 23. P. 49–64.
- [358] Omori, R., Abu-Raddad, L. J. Sexual network drivers of HIV and herpes simplex virus type 2 (HSV-2) transmission: A comparative mathematical modeling analysis. *AIDS.* 2017. 31(12). P. 1721 – 1732. doi: 10.1097 /QAD.0000000000001542.
- [359] Orellane M.A., Gomez M., Sanchez M.T., Fernandez-Chacon T. Diagnosis of urethritis in men. A 3-year review. *Rev. Esp. Quimioter.* 2009; 22: 2: 83-87.
- [360] Parvege MM, Rahman M, Hossain MS. Genome-wide Analysis of *Mycoplasma hominis* for the Identification of Putative Therapeutic Targets // *Drug target insights.* – 2014. - №8. - P. 51–62.
- [361] Primary and Secondary Syphilis — United States, 2005–2013 / E. Monica [et al.] // *Weekly.* – 2014. – Vol. 63(18). - P. 402-406.
- [362] *Proc Natl Acad Sci USA.* 2017 Aug 15; 114 (33):E6892-E6901. doi: 10.1073/pnas.1621253114. Epub 2017 Aug 1. PMID: 28765368
- [363] Rahnema, C.D Anabolic steroid-induced hypogonadism: diagnosis and treatment / C.D. Rahnema, L.I. Lipshultz, L.E. Crosnoe, J.R. Kovac, E.D. Kim // *Fertil Steril* 2014; 101 (5):1271-9. doi: 10.1016/j.fertnstert.2014.02.002.

- [364] Ramasamy R., Armstrong J.M., Lipshultz L.I. Preserving fertility in the hypogonadal patient an update. *Asian J Androl* 2015;17(2):197-200. doi: 10.4103/1008-682X.142772.
- [365] Redgrove K.A., McLaughlin E.A. The role of the immuneresponse in *Chlamydia trachomatis* infection of the male genital tract: a double-edged sword // *Front. Immunol.* 2014.Vol. 5. P. 534.
- [366] Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, Low N, Unemo M, Abu-Raddad LJ, Chico RM, Smolak A, Newman L, Gottlieb S, Thwin SS, Broutet N, Taylor MM. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *BullWorldHealthOrgan* 2019 Aug 1; 97 (8):548-562P. doi: 10.2471/BLT.18.228486. Epub 2019 Jun 6. PMID: 31384073
- [367] Ryans K, Omosun Y, McKeithen DN, Simoneaux T, Mills CC, Bowen N, Eko FO, Black CM, Igietseme JU, He Q. The immunoregulatory role of alpha enolase in dendritic cell function during *Chlamydia* infection./ *BMC Immunol.* 2017 May 19;18(1):27. doi: 10.1186/sPMID: 28525970
- [368] Sadahira T, Wada K, Ikawa K, Morikawa N, Mitsui M, Araki M, Fujiyoshi M, Ishii A, Watanabe M, Watanabe T, Nasu Y Clinical pharmacokinetics of oral azithromycin in epididymal tissue. /*J Infect Chemother.* 2019 Jun 26. pii: S1341-321 X (19) 30143-6. doi: 10.1016/j.jiac.2019.05.011. PMID: 31255523
- [369] Sandoz KM, Rockey DD. Antibiotic resistance in *Chlamydiae*. *FutureMicrobiol* 2010;5:1427-42
- [370] Satterwhite CL, Torrone E, Meites E, Dunne EF, Mahajan R, Ocfemia MC, et al. Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates, 2008. *SexTransmDis.* 2013; 40(30): 187–93. <https://doi.org/10.1097/OLQ.0b013e318286bb53>.
- [371] Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012 Division of STD Prevention January 2014 U.S. / Jim Braxton, Delicia Carey, Darlene Davis [et al.] ; Department of health and human services ; Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of STD Prevention. - Atlanta, Georgia, 2014.

- [372] Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015. – CDC, 2015. – 137 p. - URL: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/chlamydia.htm> (access date: 04.06.2015).
- [373] Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care, UNAIDS – WHO, 2011.
- [374] Sfanos KS, Isaacs JT. The “infectious” nature of human prostate cancer: a cautionary note // *Oncotarget*. - 2011. - № 2 (4). - P. 281–283.
- [375] Shipitsyna E, Roos A, Datcu R, et al. Composition of the vaginal microbiota in women of reproductive age — sensitive and specific molecular diagnosis of bacterial vaginosis is possible? *PLoSOne*. 2013; 8(4):e60670. doi: 10.1371/journal.pone.0060670.
- [376] Silveira M.F., Sclowitz I.K., Entiauspe L.G., Mesenburg M.A. et al. Chlamydia trachomatis infection in young pregnant women in Southern Brazil: a cross-sectional study // *Cad Saude Publica*, 2017, vol. 33, no. 1, p. e00067415.
- [377] Smelov V, Thomas P, Ouburg S, Morré SA. Prevalence of genital Chlamydia trachomatis infections in Russia: systematic literature review and multicenter study. *Pathog Dis*. 2017 Sep 29; 75 (7). doi: 10.1093/femspd/ftx081.
- [378] Social networks as drivers of syphilis and HIV infection among young men who have sex with men / Fujimoto, K., et al. *Sex. Transm. Infect.* E-pubaheadofprint: [February 9, 2018]. doi:10.1136/sextrans-2017-053288.
- [379] Solomon M, Henkel R. Semen culture and the assessment of genitourinary tract infections. *Indian J Urol*. 2017 Jul-Sep; 33(3):188-193. doi: 10.4103/iju.IJU_407_16. Review.PMID: 28717267
- [380] Somboonna N, Ziklo N, Ferrin TE, Hyuk Suh J, Dean D. Clinical Persistence of Chlamydia trachomatis Sexually Transmitted Strains Involves Novel Mutations in the Functional $\alpha\beta\beta\alpha$ Tetramer of the Tryptophan Synthase Operon. *MBio*. 2019 Jul 16; 10(4). pii:e01464-19. doi:10.1128/mBio.01464-19. PMID: 31311884

- [381] Strauss M, Colodner R, Sagas D, et al. Detection of *Ureaplasma* species by a semi-quantitative PCR test in urine samples: Can it predict clinical significance? *IsrMedAssocJ*. 2018; 20(1):9–13.
- [382] Taylor-Robinson D. Mollicutes in vaginal microbiology: *Mycoplasma hominis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Ureaplasma parvum* and *Mycoplasma genitalium*. *Res Microbiol* 2017; 168(9–10):875–881. doi: 10.1016/j.resmic.2017.02.009.
- [383] Taylor-Robinson D., Jensen J.S. *Mycoplasma genitalium*: from Chrysalis to multicolored butterfly. *Clin. Microbiol. Rev.* 2011. Vol. 24, №3: 498-514
- [384] Travassos A.G., Xavier-Souza E., Netto E. et al. Anogenital infection by *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in HIV-infected men and women in Salvador, Brazil // *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2016, vol. 20, no. 6, p. 569-575.
- [385] Unemo M, Hansen M, Hadad R, Lindroth Y, Fredlund H, Puolakkainen M, Sundqvist M. Finnish new variant of *Chlamydia trachomatis* escaping detection in the Aptima Combo 2 assay also present in Örebro County, Sweden, May 2019. *Euro Surveill.* 2019 Jun;24(26). doi: 10.2807/1560-7917.ES.2019.24.26.1900370. PMID: 31266590
- [386] Uprety P, Cárdenas AM. Extragenital Screening Is Essential for Comprehensive Detection of *Chlamydia trachomatis* and *Neisseria gonorrhoeae* in the Pediatric Population. / *J Clin Microbiol.* 2019 May 24; 57(6). pii: e00335-19. doi: 10.1128/JCM.00335-19. Print 2019 Jun.
- [387] Ursula K/, Jaanna E., Marek E. et al. Colonization of the lower urogenital tract with *U. parvum* can cause asymptomatic infection of the upper reproductive system in women a preliminary study. *Arch. Gynecol. Obstet.* 2014; 289: 1129-1134. DOI 10.1007/s00404-013-3102-7.
- [388] Verwijs MC, Agaba SK, Sumanyi JC, Umulisa MM, Mwambarangwe L, Musengamana V, Uwineza M, Cuylaerts V, Crucitti T, Jespers V, van de Wijgert JHHM. Targeted point-of-care testing compared with syndromic management of urogenital infections in women (WISH): a cross-sectional screening and

- diagnostic accuracy study. / *Lancet Infect Dis.* 2019 Jun; 19(6):658-669. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30724-2. Epub 2019 Apr 25. PMID: 31031172
- [389] Vicetti Miguel RD. IL-4-secreting eosinophils promote endometrial stromal cell proliferation and prevent Chlamydia-induced upper genital tract damage. /Vicetti Miguel RD, Quispe Calla NE, DixonD, etal.
- [390] Vos T, Allen C, Arora M, Barber RM, Bhutta ZA, Brown A, et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015. *Lancet* 2016; 388(10053): 1545–1602. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31678-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31678-6).
- [391] Wagner BD, Sontag MK, Harris JK, et al. Airway microbial community turnover differs by BPD severity in ventilated preterm infants. *PLoS One.* 2017; 12(1):e0170120. doi: 10.1371/journal.pone.0170120.
- [392] Wang SX, Zhang JM, Wu K, Chen J, Shi JF. Pathogens in expressed prostatic secretion and their correlation with serum prostate specific antigen: analysis of 320 cases. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2014 Aug;20(8):715-8.
- [393] Wang Y, Yang WB, Yuan HY, Zhang QX, Zhu XY. Analysis of the infection status and the drug resistance of mycoplasma and chlamydiae in genitourinary tracts of children with suspected nongonococcal urethritis. *Zhonghua Er Ke Za Zhi.* 2009 Jan;47(1):62-4.
- [394] Ward H., Ronn M. Contribution of sexually transmitted infections to the sexual transmission of HIV. *Curr. Opin. HIVAIDS*, 2010, Vol. 5, No. 4, pp. 305–310. URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2923028/>.
- [395] WHO Regional Office for Europe. Health for all database. - Copenhagen: World Health Organisation, 2015. - P. 34.
- [396] WHO. Laboratory manual for the examination and processing of human semen, 5-th edition. Cambridge: CambridgeUnivPress, 2010.
- [397] Wijers JNAP, Hoebe CJPA, van Liere GAFS, Wolffs PFG, Dukers-Muijrs NHTM. Chlamydia trachomatis bacterial load, estimated by Cq values, in urogenital samples from men and women visiting the general practice, hospital or

- STI clinic. / PLoS One. 2019 Apr 19; 14(4):e0215606. doi: 10.1371/journal.pone.0215606. eCollection 2019.PMID: 31002729
- [398] Wium M, Botes A, Bellstedt DU. The identification of oppA gene homologues as part of the oligopeptide transport system in mycoplasmas // Gene. - 2015. - № 558(1). - P. 31–40.
- [399] World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs), fact sheet No 110. Geneva: WHO; 2015.
- [400] Zeidler H, Hudson AP. New insights into Chlamydia and arthritis. Promise of a cure? Ann Rheum Dis. 2014; 73:637–44. doi:10.1136 / annrheumdis-2013-204110
- [401] Zhang D, Li T, Chen L, Zhang X, Zhao G, Liu Z. Epidemiological investigation of the relationship between common lower genital tract infections and high-risk human papillomavirus infections among women in Beijing, China. / PLoS One. 2017 May 22; 12(5):e0178033. doi: 10.1371 / journal. pone. 0178033. eCollection 2017.PMID: 28531212
- [402] Zhou Y.H., Ma H.X., Yang Y., W.-M. Gu. Prevalente and antimicrobial resistance of Ureaplasma spp. and Mycoplasma hominis isolated from semen samples of infertile men in Shanghai, China from 2011 to 2016. Eur. J. Clin. Microbiol. Infect Dis./ 2018. Vol. 37 (4). P. 729-734.
- [403] Zhou YH, Ma HX, Shi XX, Liu Y. Ureaplasma spp. in male infertility and its relationship with semen quality and seminal plasma components. J Microbiol Immunol Infect. 2018; 51(6): 778–783. doi: 10.1016 /j.jmii. 2016.09.004.
- [404] Zhou Z, Liu N, Wang Y, Emmanuel AW, You X, Liu J, Li Z, Wu Y, Zhong G. A primary study on genes with selected mutations by in vitro passage of Chlamydia muridarum strains. Pathog Dis. 2019 Apr 1;77(3). pii: ftz017. doi: 10.1093/femspd/ftz017. PMID: 31197357
- [405] Zhu H, Wang HP, Jiang Y, Hou SP, Liu YJ, Liu QZ. Mutations in 23S rRNA and ribosomal protein L4 account for resistance in Chlamydia trachomatis strains selected in vitro by macrolide passage. Andrologia. 2010 Aug;42(4):274-80.

Список публикаций соискателя ученой степени**Статьи в рецензируемых журналах**

- [1-А] **Саидов Б.И.** Рациональная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2014. №3. –С. 60-65.
- [2-А] **Саидов Б.И.** Современная диагностика урогенитальных инфекций у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, Д.Х. Абдиева // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2015г. №1. –С. 107-110.
- [3-А] **Саидов Б.И.** Современные аспекты терапии воспалительных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2018. №1. – С. 58-63.
- [4-А] **Саидов Б.И.** Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, М.Ф. Хомидов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2019. №1. –С. 88-91.
- [5-А] **Саидов Б.И.** Клиникаи уретропростатити хламидиявӣ / Б.И. Саидов, Б.Ч. Сангов // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2019. №1. –С. 67-72.
- [6-А] **Саидзода Б.И.** Совершенствование диагностики и терапии негонококковых уретритов / Х.С. Саторов, Б.И. Саидзода // Ж. Вестник «Биомедицина и социология». – Москва. – 2019. - №4. Т. 4. – С. 71-74.
- [7-А] **Саидзода Б.И.** Изучение иммунного статуса при негонококковых уретритах / Б.И. Саидзода // Журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». – Ижевск. –2019. №4. –С. 42-44.
- [8-А] **Саидзода Б.И.** Особенности клиники негонококковых уретритов / Б.И. Саидзода // Журнал «Здоровье, демография, экология финно-угорских народов». – Ижевск. –2019. №4. –С. 45-47.
- [9-А] **Саидзода Б.И.** Хусусиятҳои хоси клиникаи уретритҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо / Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2019. №4. – С. 148-151.

- [10-А] Саидзода Б.И. Омӯзиши ҳолати масунӣ ҳангоми уретритҳои ғайригонококкӣ / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // Ж. Здравooхранение Таджикистана. – Душанбе. – 2020. №2. – С. 25-30.
- [11-А] Саидзода Б.И. Клинико-иммунологические нарушения при негонококковых уретритах / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2020. №1. – С. 40-44.
- [12-А] Саидзода Б.И. Беморшавӣ аз сироятҳои бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода, А. Аҳмедов, П.Т. Зоиров, М.А. Гадоев // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 58-63.
- [13-А] Саидзода Б.И. Особенности клинического течения уретритов у мужчин с репродуктивным нарушением / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, Ш.А. Сохибназаров, М.Д. Нуралиев // Научный журнал «Наука и инновация» Таджикский национальный университет. – Душанбе. – 2020. №4. – С. 274-278.
- [14-А] Саидзода Б.И. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода, А. Аҳмедов, П.Т. Зоиров, О.И. Касымов // Ж. Вестник последипломного образования в сфере здравоохранения. – Душанбе. – 2021. №1. – С. 62-68.
- [15-А] Саидзода Б.И. Ҷараёни инкишофи бемориҳои сироятии бо роҳи алоқаи чинсӣ гузаранда дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, Ҷ.Г. Эмомалиев, Н.М. Нуруллаева // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №2. – С. 70-75.
- [16-А] Саидзода Б.И. История становления и развития службы дерматовенерологической помощи в различных странах мира и Республике Таджикистан (до приобретения независимости) / Б.И. Саидзода // Научный журнал «Наука и инновация» Таджикский национальный университет. – Душанбе. – 2021. №3. – С. 82-88.
- [17-А] Саидзода Б.И. Таърихи ташаққулбӣ ва рушди хадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №3. – С. 171-179.
- [18-А] Саидзода Б.И. Развитие дерматовенерологической службы в

Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода // Ж. Вестник Авиценны. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 579-584.

[19-А] Саидзода Б.И. Состояние реформирования службы дерматовенерологической помощи Республики Таджикистан в современных условиях / Б.И. Саидзода // Ж. Медицинский вестник Национальной академии наук Таджикистана. – Душанбе. – 2021. №4. Том XI. – С. 95-102.

[20-А] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в Республике Таджикистан в 2008 – 2017 гг. / Б.И. Саидзода, М.А. Гадоев, А.М. Қосимзода, М.М. Ахмедов, Н.П. Зоирова // Ж. Здравоохранение Таджикистана. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 78-83.

[21-А] Саидзода Б.И. Аз таърихи омӯзиши бемориҳои зухравӣ ва рушди ҳадамоти дерматовенерологӣ дар Ҷумҳурии Тоҷикистон / А. Ахмедов, О.И. Косимов, Б.И. Саидзода // Ж. Авчи Зухал. – Душанбе. – 2021. №4. – С. 35-44.

Статьи и тезисы в сборниках конференции

[22-А] Саидов Б.И. Рациональная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров // М-лы 62 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2014. – С. 88-89.

[23-А] Саидов Б.И. Терапия сочетанных инфекционных заболеваний урогенитального тракта у мужчин / Б.И. Саидов // М-лы 63 годичной научно-практич. конф. ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2015. – С. 559-560.

[24-А] Саидов Б.И. Диагностика урогенитальной инфекции у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.К. Сабзалиев, Г.Р. Муслимова // Конференция дерматовенерологов г. Бухара. Узбекистан. 2015 г. – С. 55-56.

[25-А] Саидов Б.И. ПИФ диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.М. Ахмедов, Х.Х. Назаров // Конференция дерматовенерологов г. Бухара. Узбекистан. 2015 г. – С. 65-67.

[26-А] Саидов Б.И. Муолиҷаи муосири бемориҳои урогениталӣ дар мардҳо / Б.И. Саидов, М.Ф. Хомидов, М.М. Ахмедов, Ш.А. Соҳибназаров, Н.П. Зоирова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения,

перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 190-192.

- [27-А] Саидов Б.И. Ташхиси сироятҳои ғайригонококкӣ дар мардҳо / Б.И. Саидов, А.Ш. Кулмадов, М.С. Гадоев, М.К. Сабзалиев, Х.Х. Назаров // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 193-194.
- [28-А] Саидов Б.И. Терапия негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, М.Ф. Хомидов, А.А. Хусаинов, М.М. Ахмедов // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 197-199.
- [29-А] Саидов Б.И. Диагностика негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, П.Т. Зоиров, У.С. Шокирова, А.З. Баротов, Ф.А. Олимова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 200-201.
- [30-А] Саидов Б.И. Лечение сочетанных негонококковых инфекций у мужчин / Б.И. Саидов, А.А. Хусайнов, Н.П. Зоирова, А.Ш. Кулмадов, Ш.Ф. Эгамова // М-лы научно-практич. конф. (круглый стол) «Достижения, перспективы, актуальные проблемы дермато-венерологии», г. Душанбе, 2016. – С. 202-204.
- [31-А] Саидова Б.И. Диагностика и лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидова, М.А. Гадоев // М-лы IX Республиканской научно-практич. конф. на тему «Наука и молодежь», посвященной 26-ти летию независимости Республики Таджикистан и году молодежи. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. 2017. – С. 121-122.
- [32-А] Саидов Б.И. Усули муосири ташхис ва табобати уретритҳо дар мардон / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, Ш.А. Соҳибназаров // Материалы 66-ой годичной международной научно-практической конференции ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2018. – С. 548.

- [33-А] Саидов Б.И. Лечение негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов // Материалы XX Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». г. Москва, 2018. Том 3. – С. 35-38.
- [34-А] Саидов Б.И. Диагностика и лечение уретритов / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев, А.Д. Мирзоев // М-лы X Республиканской научно-практич. конференции. Республиканский медицинский колледж. г. Душанбе. 2018. – С. 216-217.
- [35-А] Саидов Б.И. Лечение уретритов у мужчин / Б.И. Саидов, К.И. Карамхудоев, Ф. Олимов // М-лы научно-практич. конф. дермато-венерологии, г. Бухара. 2018. – С. 26-27.
- [36-А] Саидов Б.И. Современная диагностика негонококковых уретритов у мужчин с репродуктивными нарушениями / Б.И. Саидов, М.А. Гадоев // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. Москва. 2019. – С. 77-78.
- [37-А] Саидов Б.И. Лечение негонококковых уретритов у мужчин / Б.И. Саидов // Рахмановские чтения. Московской дерматологической школе 150 лет: от истоков до современной дермато-венерологии и косметологии. XXXVI Научно-практическая Конференция с международным участием. Сборник тезисов. Москва. 2019. – С. 78-79.
- [38-А] Саидзода Б.И. Изучение иммунной системы при уретритах / Б.И. Саидзода // Материалы XXI Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». Москва. 2019. – С. 15-18.
- [39-А] Саидзода Б.И. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в Республике Таджикистан / Б.И. Саидзода, М.М. Ахмедов, Н.П. Зоирова // Материалы 68 годичной научно-практич. конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2020. – С. 218-220.

- [40-А] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация в Хатлонской области по инфекциям, передаваемым половым путем, в 2008 – 2017 гг. / Б.И. Саидзода, Б.Д. Мирзоев, А. Муродов // Материалы 69 годичной научно-практич. конф. ГОУ ТГМУ им. Абуали ибни Сино. 2021. – С. 85-86.
- [41-А] Саидзода Б.И. Эпидемиологическая ситуация по инфекциям, передаваемым половым путем, в г. Душанбе и районах республиканского подчинения Республики Таджикистан в 2010 – 2019 гг. / Б.И. Саидзода // Материалы XXIII Международного конгресса «Здоровье и образование в XXI веке». г. Москва, 2021. Том. 3 №1. – С. 64-69.