

## Пути совершенствования организации дерматовенерологической помощи в Азербайджане

Ю.С.Джаббарлы

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

В статье дана характеристика современного состояния организации дерматовенерологической помощи в Азербайджане. Показаны особенности распространенности и элиминации отдельных нозологических форм. Установлено, что ресурсы дерматовенерологической службы не всегда являются адекватными потребностям населения. Сделана попытка рассчитать оптимальную величину обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами. Показана возможность интеграции ресурсов местных служб здравоохранения и приведена модель дерматовенерологической службы региона.

**Ключевые слова:** организация дерматовенерологической службы, хронические дерматозы, дерматомикозы, распространенность кожной патологии.

### ВВЕДЕНИЕ

Совершенствование организации дерматовенерологической помощи населению в современных условиях сохраняет свою актуальность, необходимость которой обусловлена изменением уровня и структуры заболеваний кожи и подкожной клетчатки [2, 5]. Успехи в борьбе с инфекционными и паразитарными заболеваниями кожи не привели к снижению медико-социального груза дерматовенерологической патологии. Возникли новые, более сложные проблемы, обусловленные трудностями решения задач в области дерматокосметологии, эндокринологии и фармакологии. Сообщается, что в России ежегодно регистрируется 7,8-8,4 млн новых случаев заболеваний, временная нетрудоспособность на 100 работающих состав-

ляет 14,7 дня. В Азербайджане распространенность дерматовенерологических патологий превышает 62,9%, на 100 работающих приходится 10 дней нетрудоспособности. Ежегодная заболеваемость колеблется в таких пределах: 0,27-0,36% для сифилиса, 1,31-3,12% для гонореи, 0,32-1,15% для хламидиоза, 1,98-3,54% для трихомониаза, 0,18-0,47% для аногенитального герпеса.

Во многих странах мира отличается рост распространенности хронических дерматозов. Псориаз, экзема и другие хронические патологии кожи являются причинами 80% всех случаев госпитализации в дерматовенерологических клиниках Великобритании [4]. В России на 1000 населения регистрируется 8-11 случаев атонического, 4-9 случаев контактного дерматита [1, 2]. В Азербайджане выявляемость заболеваний под рубрикой L00-L89 МКБ-10 составляет 35,9%.

Ученые разных стран мира обращают внимание на рост удельного веса дерматомикозов; на 1000 лиц приходится 38 случаев эпидермофитии, 14,6 случая грибковых заболеваний кожи и слизистой оболочки. Нами установлено, что фактическая распространенность дерматомикозов (более 26%) более чем в 30 раз превышает уровень по официальным данным лечебно-профилактических учреждений. В структуре нозологических форм дерматомикозов 42,1% занимают дерматофитии, 49,5% дерматозов детского населения связаны с дерматофитиями. Отличительные особенности распространения заболеваний кожи среди населения свидетельствуют о необходимости постоянного совершенствования организации дерматовенерологической помощи.

### ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

В настоящее время существуют разные варианты дерматовенерологической помощи населению. Широко обсуждаются проблемы соотношения объема и структуры амбулатор-

но-поликлинической и стационарной помощи. Сообщается, что в США создана эффективная амбулаторно-поликлиническая дерматовенерологическая служба, которая способствовала уменьшению потребности населения в госпитализации более чем в 2 раза [3]. Существенно изменяется потребность в госпитализации в связи с расширением практики семейного врача и сети дневных стационаров [1, 2, 4]. В то же время целый ряд дерматовенерологических заболеваний требует участия нескольких специалистов (дерматолог, косметолог, эндокринолог и др.) в организации лечебного процесса. Это можно успешно реализовать в условиях стационарного лечения. Поэтому возникает необходимость изменения уровня и качества стационарной помощи.

Адекватное решение существующих проблем дерматовенерологических патологий возможно при наличии высококвалифицированных специалистов. В США на 10 тыс. населения предусмотрено 0,33 должности врача-дерматовенеролога. Считается, что это относительно низкая величина обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами, которая обусловлена участием семейных врачей в лечении определенной части больных. В России лечебно-профилактическая помощь в области дерматовенерологии является приоритетной задачей врача дерматовенеролога. Поэтому предусмотрена более высокая величина обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами (0,72 на 10 тыс. населения). Мы установили, что в Азербайджане оптимальной средней величиной обеспеченности населения врачами-дерматовенерологами можно считать 0,56 должности врача-специалиста из расчета на 10 тыс. населения. При обосновании этой величины были учтены:

- уточненные данные о распространенности заболеваний, требующих лечебно-профилактической помощи врача-дерматовенеролога;

- среднее годовое число посещений пациентами врача-дерматовенеролога по поводу лечения наиболее распространенных патологий (1,5-8,5 посещения в зависимости от тяжести заболеваний);

- объем лечебных посещений, который составляет 282,2 посещения из расчета на 1000 населения;

- объем посещений в связи с выполнением обязательной программы диспансеризации больных (71,2 посещения из расчета на 1000 населения);

- объем посещений в связи с выполнением обязательной программы профилактических

осмотров отдельных групп населения (140 посещений из расчета на 1000 населения).

- объем работы врача-дерматовенеролога (годовая функция врачебной должности) в амбулаторно-поликлинических условиях (8800 посещений в год).

С медицинских и экономических позиций более целесообразно решение проблемы госпитализации больных, стационарное лечение для которых необходимо с точки зрения адекватности лечебно-диагностического процесса. Следует отметить, что в последние годы в Азербайджане значительно уменьшались объемы стационарной помощи. В среднем на 10 тыс. населения приходится 4,1 случая госпитализации по дерматовенерологии. Основными причинами госпитализации являются заболевания дерматовенерологического (73,9-76,0%) и микологического (22,1-24,8%) профиля, фактический уровень госпитализации на современном этапе в 5 раз ниже, чем установленный экспертами (24,0 на 10 тыс. населения).

Причем доля случаев госпитализации по поводу венерологических патологий существенно мала (14,6% по фактическим данным, 10,0% по заключению экспертов).

Следует отметить, что в настоящее время очень высоки сроки лечения больных в стационарах:  $25,5 \pm 1,4$  дня при экземе,  $35,6 \pm 1,8$  дня при псориазе,  $24,8 \pm 1,6$  дня при аллергических и атонических дерматитах,  $30,4 \pm 1,5$  дня при себорейных дерматитах,  $22,0 \pm 1,4$  дня при пиодермиях,  $18,0 \pm 1,2$  дня при микозах. С учетом ожидаемого объема госпитализации и среднего срока лечения больных в стационарах установлено, что на 10 тыс. населения следует планировать 2,0 койки дерматовенерологического профиля. Оптимальное решение проблем лечения больных в стационаре существенно зависит от модели сети дерматовенерологической службы. Основными принципами выбора оптимальной модели являются:

- гарантия высокого качества лечебно-диагностического процесса;

- минимизация затрат времени пациентов при посещении врача;

- возможность обеспечения врача нормативным объемом нагрузки;

- использование, при необходимости, этапности, межучрежденческой, межрайонной, межзональной интеграции при организации дерматовенерологической помощи.

Предложенная модель гарантирует доступность амбулаторно-поликлинической и стационарной дерматовенерологической помощи.

Узкоспеціалізовану дерматовенерологічну допомогу можна забезпечити створенням або крупного дерматовенерологічного відділення в центрі міжрайонної інтеграції, або міжрайонного диспансера.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, формирование единой системы региональной дерматовенерологической службы позволит более адекватно использовать современные научные достижения для развития концепции маркетинга в области дерматовенерологии, оказывать высококвалифицированную лечебно - диагностическую помощь и управлять ее качеством.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Актуальные проблемы совершенствования специализированной помощи больным дерматозами / В.И.Кулагин, Б.А.Пономорев, Г.Д.Селиеских [и др.] // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2001. — №6. — С. 57-59
2. Щепин О.П. Современное состояние и тенденция заболеваемости населения Российской Федерации / О.П.Щепин, Е.А.Тишук // Здоровоохранение Российской Федерации. — 2001. — №6. — С. 3-7.
3. Audit of admissions to dermatology beds in Greater Manchester / J.Helbing, H.L.Muston, J.E.Ferguson, M. Mc. Kenna // Clin Exp Dermatol. — 2002. — Vol. 27. — №6. — P. 519-522
4. Canizares M.J. The incidence of nonattendance at an urgent care dermatology clinic / M.J.Canizares // Journal of the American Academy of Dermatology. — 2002. — Vol. 46. — №3. — P. 457-459.
5. The value of in-patient dermatology: a survey of in-patient in scotland and northern england / C.S.Munro, J.G.Lowe, P.McLoone [et al.] // British Journal of Dermatology. — 1999. — Vol. 140. — №3. — P. 474-479.

**Ю.С.Джаббарли. Шляхи вдосконалення організації дерматовенерологічної допомоги в Азербайджані. Баку, Азербайджан.**

**Ключові слова:** організація дерматовенерологічної служби, хронічні дерматози, дерматомікози, розповсюдженість шкірної патології.

У статті наведена характеристика сучасного стану організації дерматовенерологічної допомоги в Азербайджані. Показані особливості розповсюдженості та елімінації окремих нозологічних форм. Встановлено, що ресурси дерматовенерологічної служби не завжди є адекватними потребами населення. Зроблена спроба розрахувати оптимальну величину забезпеченості населення лікарями-дерматовенерологами. Показана можливість інтеграції ресурсів місцевих служб охорони здоров'я та наведена модель дерматовенерологічної служби регіону.

**Yu.S.Dzhabbarli. Ways to improve the dermatovenerological service organization in Azerbaijan. Baku, Azerbaijan.**

**Key words:** the organization of dermatovenerological service, chronic dermatosis, dermatomycosis, the prevalence of dermatological pathology.

The article tells about the characteristics of the modern condition of the dermatovenerological service organization in Azerbaijan. There has been shown the features of the prevalence and elimination of certain nosological forms. It has been found out that the resources of dermatovenerological service are not always the adequate needs of population. It was endeavored to calculate the optimal size of the population provision with doctors-dermatovenerologists. There have been shown the possibility of the resources integration of local health services and the model of the region's dermatovenerological service.

Надійшла до редакції 28.03.2011 р.