

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
ПИИИ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.997
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

SOI: [1.1/TAS](https://doi.org/10.1/TAS) DOI: [10.15863/TAS](https://doi.org/10.15863/TAS)

International Scientific Journal Theoretical & Applied Science

p-ISSN: 2308-4944 (print) e-ISSN: 2409-0085 (online)

Year: 2020 Issue: 11 Volume: 91

Published: 17.11.2020 <http://T-Science.org>

QR – Issue



QR – Article



Nurali Hikmatovich Islamov
Samarkand Medical Institute
teacher

Mavjuda Rayimovna Baratova
Samarkand Medical Institute
teacher

Lola Abdurahimovna Salamova
Samarkand Medical Institute
teacher

FACTORS RELATED TO THE EFFICIENCY OF TREATMENT BY A DOCTOR-DERMATOVENEROLOGIST AND THE RECOMMENDED TREATMENT OF GONORRHEA

Abstract: This article examines issues related to sexually transmitted diseases in general and sexually transmitted infections in particular based on the study of issues related to gonorrhoea and gonococcal infection. The article also examines the factors that relate to the method of effective treatment of gonorrhoea, in which the knowledge and awareness of the doctor about the recommended treatment regimen for human infectious disease caused by gonococcus plays an important role.

Key words: sexually transmitted diseases, sexually transmitted infections (STIs), gonorrhoea, gonococcal infection, recommendations, treatment regimen.

Language: Russian

Citation: Islamov, N. H., Baratova, M. R., & Salamova, L. A. (2020). Factors related to the efficiency of treatment by a doctor-dermatovenerologist and the recommended treatment of gonorrhoea. *ISJ Theoretical & Applied Science*, 11 (91), 255-258.

Soi: <http://s-o-i.org/1.1/TAS-11-91-39> **Doi:**  <https://dx.doi.org/10.15863/TAS.2020.11.91.39>

Scopus ASCC: 2700.

ФАКТОРЫ, СВЯЗАННЫЕ С ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ВРАЧА-ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГА И РЕКОМЕНДУЕМОЙ СХЕМЫ ЛЕЧЕНИЯ ГОНОРРЕИ

Аннотация: Данная статья рассматривает вопросы, связанные с венерическими заболеваниями в целом и инфекциями, передающимися половым путем в частности на основе изучения вопросов, касающихся гонорреи и гонококковой инфекции. Также в статье изучаются факторы, которые относятся к методике эффективного лечения гонорреи, в чем важную роль играет знание и осведомленность врача о рекомендуемой схеме лечения инфекционного заболевания человека, вызываемое гонококком.

Ключевые слова: венерические заболевания, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), гоноррея, гонококковая инфекция, рекомендации, схема лечения.

Введение

Как известно, венерические заболевания – это бактериальные или вирусные инфекции, передающиеся как половым, так и не половым путём. Как правило они поражают половые

органы человека, но нередко провоцируют перебои в работе сердца, лёгких, нервной системы. Подобные болезни известны с давних времён, античные прародители медицины Гален и Асклепий безуспешно пытались создать лекарства

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
ПИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.997
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

от венерических заболеваний, описывая похожие симптомы в своих трудах. Само название «венерический» происходит от латинского слова «венус», то есть «любовь» или богиня любви Венера. Ежедневно более одного миллиона человек приобретает инфекцию, передаваемую половым путём. По оценкам ВОЗ ежегодно более 500 миллионов человек заболевает одной из четырех болезней, передаваемых половым путём: хламидиозом, гонореей, сифилисом и трихомониазом. Более 530 миллионов человек имеет вирус, вызывающий генитальный герпес. Более 290 миллионов женщин имеет инфекцию, вызванную вирусом папилломы человека. Большинство инфекций, передаваемых половым путём, протекает бессимптомно. Некоторые венерические заболевания могут повышать риск приобретения ВИЧ в три и более раз. Инфекции, передающиеся половым путём, могут передаваться от матери ребёнку. Лекарственная устойчивость, в частности, гонореи представляет значительную угрозу для уменьшения воздействия инфекций, передаваемых половым путём во всём мире.

Гонорея – инфекционное заболевание человека, вызываемое гонококком.[1] Гонококковая инфекция – одно из наиболее древних и распространенных инфекций, передающихся половым путем. Еще Гиппократ описывал обильные гнойные выделения из уретры. Позже знаменитый врач Гален назвал это заболевание гонореей, что означает «истечение семени».[2] Гонорея, известная также как гонококк, была распознана в качестве причины выделений из мочеиспускательного канала у мужчин и из влагалища у женщин с момента ее открытия в 1879 году. В большинстве случаев гонококки поражают лишь слизистую оболочку мочевых путей и половых органов. У мужчин поражение мочевых путей и половых органов обычно проявляется клинически, а уретрит развивается более чем в 80% случаев. У женщин гонорея чаще поражает шейку матки и может вызвать появление выделений, однако в 50% случаев заболевание протекает бессимптомно.[3]

Очевидно, что гонорея является одной из наиболее распространенных инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Ежегодно в мире регистрируется около 60 млн случаев этого заболевания, однако среди ИППП гонорея занимает далеко не первое место. Особенности гонорейной инфекции (патоморфоз) в настоящее время, возможно, отчасти обусловлены бесконтрольным употреблением антибиотиков. Редко встречается свежая острая гонорея; в основном заболевание протекает подостро или торпидно, переходя в хроническую форму и выявляясь случайно при медицинских осмотрах; при обнаружении гонореи можно

диагностировать и другую урогенитальную инфекцию, например трихомониаз или хламидиоз. Участились случаи резистентности гонококковой инфекции к антибактериальным препаратам, особенно к антибиотикам пенициллинового ряда и др.

Рекомендуемая схема лечения неосложненной гонореи со временем изменилась из-за появления устойчивости к противомикробным препаратам. Мы оценили необходимость знания врачом рекомендаций по лечению неосложненной урогенитальной гонореи у подростков и взрослых с использованием двойной терапии цефтриаксона и азитромицина.

Методы

Мы проанализировали данные опроса от 1357 врачей первичного звена, практикующих не менее 3 лет, которые проводили скрининг, диагностику и лечение венерических заболеваний или болезней, передающихся половым путем. Полученные результаты

Среди вариантов лечения одним цефтриаксоном, одним азитромицином, обоими этими препаратами или спектиномицином плюс левофлоксацин, 64% врачей правильно предпочли цефтриаксон плюс азитромицин. Знания о рекомендуемой двойной терапии уменьшались с увеличением годов практики, от 74% среди врачей с 3–9 годами практики до 57% среди тех, кто практикует 24 года. Знания о двойной терапии также снижались с повышением социально-экономического статуса пациентов.

Опрос включал вопросы по консультированию, скринингу, алкоголю, физической активности, гипертонии, вирусу папилломы человека, вирусу иммунодефицита человека и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Обследование также содержало стандартные общие и демографические вопросы, которые включаются ежегодно, например, источники, используемые для продолжения медицинского образования. Группа в основном набиралась на рабочем месте у врачей (84%), а также через онлайн методы опроса с дополнительной проверкой на рабочем месте (16%).

Анализ

Основным результатом, представлявшим интерес, было знание медработником рекомендованной схемы лечения гонореи. Это было измерено с помощью вопроса «Какая из следующих схем является лучшим вариантом в случае 18-летнего мужчины с гонококковым уретритом?» Вариантами ответа были:

- однократная доза цефтриаксона 250 мг внутримышечно

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
ПИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.997
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

- однократная доза азитромицина 1,0 г перорально
- оба из них
- однократная доза спектиномицина 2,0 г внутримышечно плюс левофлоксацин 500 мг перорально в течение 7 дней

Другие проанализированные переменные включали специальность врача; пол врача; годы практики; возраст врача; количество практикующих врачей; регион практики; оценка финансового положения большинства пациентов в практике респондента и др.

Полученные результаты

Средний возраст респондентов составлял 45 лет, а средняя длительность практики - 15 лет. В целом, 64% врачей сообщили, что лучшим вариантом лечения 18-летнего мужчины с гонококковым уретритом была двойная терапия цефтриаксоном и азитромицином. Это колебалось от 60% акушеров-гинекологов до 69% врачей семейной медицины. Доля пациентов, сообщивших о монотерапии цефтриаксоном, составила 19%. Доля не уверенных в этом составила 13% для акушеров-гинекологов по сравнению с 2–6% для других специальностей.

Знания о рекомендуемой двойной терапии неосложненной урогенитальной гонорее уменьшались с увеличением годов практики: от 74% среди врачей со стажем от трех до девяти лет до 57% среди врачей с опытом работы 24 года. Знания о рекомендуемой двойной терапии снижались с более высоким социально-экономическим статусом пациентов: от 72% среди врачей, оказывающих помощь пациентам в основном из бедных / ниже среднего уровня доходов, до 53% среди врачей с в основном пациентами с высоким уровнем дохода. Пол и специальность врача показали статистически значимые различия в одномерном анализе, но различия были пограничными статистически значимыми при многомерном анализе. Анализ подгруппы показал, что женщины-врачи значительно чаще, чем врачи-мужчины, сообщали о двойной терапии в подгруппе семейной медицины и внутренней медицины, но не в подгруппе педиатра и акушера-гинеколога.

Обсуждение

Наши результаты показывают, что знания врачей о рекомендуемой схеме лечения неосложненной урогенитальной гонорее с использованием двойной терапии цефтриаксоном и азитромицином снижались с увеличением годов практики врача и более высоким социально-экономическим статусом пациентов. В предыдущих исследованиях оценивалась приверженность медицинских работников рекомендациям по лечению ЗППП по лечению

гонорее. Использование цефтриаксона в сочетании с азитромицином или доксициклином увеличилось с 61% до 81%. Среди случаев гонорее, зарегистрированных в течение 6 месяцев после предупреждения о состоянии здоровья, использование цефтриаксона и азитромицина или доксициклина составило 87% в целом и 73% среди случаев, зарегистрированных частными лицами. Результаты нашего исследования согласуются с более ранними исследованиями, но мы расширяем результаты, показывая, что знания врачей первичной медико-санитарной помощи варьируются в зависимости от годов их практики, социально-экономического статуса пациентов. Наш вывод о снижении осведомленности врачей о двойной терапии гонококков при более высоком социально-экономическом статусе пациентов может быть объяснен тем фактом, что медицинские работники с пациентами с более высоким доходом, вероятно, заботятся о меньшем количестве пациентов с гонореей. Сильной стороной нашего исследования является то, что мы оценили знания врачей о рекомендуемой двойной терапии гонококков напрямую с помощью опроса, а не с использованием административных данных или медицинских записей, на которые может повлиять полнота документации или сбор данных. Еще одним преимуществом является то, что мы исключили врачей, которые обычно не предоставляют услуги по лечению заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Есть потенциальные ограничения. Во-первых, сценарий нашего случая был основан на лечении пациента-мужчины. Акушеры-гинекологи принимают только женщин, что может объяснить более высокую долю ответивших, что они не уверены в схеме лечения. Во-вторых, образец исследования не может быть репрезентативным для всех врачей первичной помощи. Маловероятно, что тенденции, наблюдаемые с увеличением количества годов практики и социально-экономического статуса, которые сохранялись даже после учета нескольких потенциальных смешивающих переменных, можно объяснить систематической ошибкой выборки. В-третьих, мы не оценивали знания практикующих медсестер и помощников врача, которые лечат пациентов с гонореей. В-четвертых, мы не выяснили, что врачи предпочитают лечить пациентов с использованием альтернативных схем второй линии (например, цефиксима вместо цефтриаксона). В-пятых, обнадеживает то, что две трети врачей поняли, что комбинация цефтриаксона и азитромицина предпочтительнее любого другого препарата по отдельности. Однако выбор этой схемы среди предоставленных ограниченных вариантов ответа не гарантирует ее использования у такой же доли пациентов,

Impact Factor:

ISRA (India) = 4.971
ISI (Dubai, UAE) = 0.829
GIF (Australia) = 0.564
JIF = 1.500

SIS (USA) = 0.912
РИИЦ (Russia) = 0.126
ESJI (KZ) = 8.997
SJIF (Morocco) = 5.667

ICV (Poland) = 6.630
PIF (India) = 1.940
IBI (India) = 4.260
OAJI (USA) = 0.350

поскольку мы не оценивали другие недавно рекомендованные схемы, такие как цефтриаксон плюс доксициклин, или продолжающееся использование цiproфлоксацина или других фторхинолонов. Наконец, мы спросили о предпочтениях врачей, которые не всегда могут быть реализованы на практике.

Наше исследование помогает выяснить факторы, связанные со знанием и осведомленности врача с рекомендуемой схемой лечения гонореи. Потенциальные препятствия на пути к соблюдению рекомендаций включают в себя неосведомленность, незнание, отсутствие согласия и инерцию предыдущей практики. Необходимы дальнейшие исследования для выявления основных причин различий в знаниях врачей с годами практики, социально-экономического статуса пациентов, включая понимание причин двойной терапии и детерминант выбора врача. Также необходимы исследования по использованию других схем лечения гонореи. Из-за опасений по поводу возникновения устойчивости к противомикробным препаратам важно улучшить понимание и уровень осведомленности врача и соблюдение режима двойной терапии гонореи.

Выводы

Знания о рекомендуемой схеме лечения гонореи уменьшались с увеличением лет практики и более высоким социально-экономическим статусом пациентов.

Гонорея является вторым заболеванием, которое в настоящее время регистрируется во многих государствах, вызывая угрозу репродуктивному здоровью населения. По оценкам, ежегодно регистрируется 820 000 новых гонококковых инфекций. Рекомендуемая схема лечения гонококковой инфекции первого ряда со временем изменилась из-за появления устойчивости к противомикробным препаратам. С 1993 по 2010 годы большинство врачей-дерматовенерологов рекомендовали цефтриаксон, цефиксим или цiproфлоксацин, офлоксацин или левофлоксацин в качестве первичной схемы для лечения неосложненных гонококковых инфекций шейки матки, уретры или прямой кишки у подростков и взрослых. Если не исключена хламидийная инфекция, при лечении хламидиоза рекомендовалось применение азитромицина или доксициклина. В 2012 году двойная терапия цефтриаксоном плюс азитромицин или доксициклин рекомендовалась независимо от результатов теста на хламидиоз (цефиксим больше не рекомендовался в качестве первичной схемы рекомендаций). С 5 июня 2015 года стала рекомендоваться двойная терапия цефтриаксоном и азитромицином. В контексте рекомендаций по ведению неосложненной гонореи за последнее десятилетие мы оценили знания врачей первичной медико-санитарной помощи о рекомендуемой схеме лечения неосложненной урогенитальной гонореи с использованием двойной терапии цефтриаксоном и азитромицином в отличие от монотерапии цефтриаксоном или азитромицином.

References:

1. Olisova, O.Yu. (2019). *Kozhnye i venericheskie bolezni*, 2-e izd., dop. izd, Moscow: Prakticheskaja medicina.
2. Dmitriev, G.A., & Glazko, I.I. (2007). *Diagnostika infekcij, peredavaemyh polovym putem*. Moscow: «Izdatel'stvo BINOM».
3. Klatterbank, D. (2013). *Infekcii, peredaushhiesja polovym putem, i VICH-infekcija*; per. s angl. pod red. V.V Pokrovskogo, N.N Potekaeva, Moscow: Prakticheskaja medicina.
4. (2015). *Centers for Disease Control and Prevention. Sexually Transmitted Disease Surveillance*. Atlanta: U.S. Department of Health and Human Services.
5. Satterwhite, C.L., et al. (2013). Sexually transmitted infections among US women and men: prevalence and incidence estimates. *Sex Transm Dis*, 40:187-193.
6. Haggerty, C.L., & Ness, R.B. (2006). Epidemiology, pathogenesis and treatment of pelvic inflammatory disease. *Expert Rev Anti Infect Ther*, 4: 235-247.
7. Westrom, L. (1975). Effect of acute pelvic inflammatory disease on fertility. *Am J Obstet Gynecol*, 121: 707-713.
8. Workowski, K.A., & Berman, S. (2010). *Sexually transmitted diseases treatment guidelines*.
9. Heukelbach, J., Mencke, N., & Feldmeier, H. (2002). *Cutaneous larva migrans and tungiasis: the challenge to control zoonotic ectoparasitoses associated with poverty*. *Trop Med Int Health*.
10. Heukelbach, J., Walton, S.F., & Feldmeier, H. (2005). *Ectoparasitic Infestations*. *Curr Infect Dis Rep*.