

МЕЖДУНАРОДНЫЙ КАЗАХСКО-ТУРЕЦКИЙ УНИВЕРСИТЕТ
ИМ. ХОДЖИ АХМЕДА ЯСАВИ

ИНСТИТУТ КАЗТЕП
МАГИСТРАТУРА

6M050700 – Менеджмент в сфере здравоохранения

МАГИСТЕРСКИЙ ПРОЕКТ

Тема: **«Качество стационарной помощи при неспецифическом
уретрите»**

Исполнитель _____ Бердикулов Н." ____ " _____ 2019г.
/подпись/ /Ф.И.О./

Научный руководитель к.м.н. _____ Сариева А.А." ____ " _____ 2019 г.
/регалии/ /подпись/ /Ф.И.О./

Туркестан 2019

Содержание

Введение	4-5
Раздел 1. Обзор. Совершенствование профилактики инфекций, передаваемых половым путем, - важная проблема современной медицинской науки.....	6-8
Раздел 1.2 Медико-социальные последствия ИППП в развитии патологии репродуктивной системы.....	9-11
Раздел 2.0 Материал и методы исследования.....	12-15
Раздел 3.0 Состояние здоровья населения и заболеваемости женщин болезнями, передающихся половым путем.....	16-18
Раздел 3.1 Сравнительная оценка распространенности основных венерических болезней у женщин.....	19-24
Раздел 4.0 Особенности и закономерности течения заболеваемости ИППП у женщин, состоящих на учете по беременности.....	25-30
Раздел 4.1 Характеристика показателей потенциальной демографии.....	31-32
Заключение	33-37
Выводы	38
Список использованных источников литературы	39-42
Приложения	43-46

Условные сокращения обозначения

РК - Республика Казахстан

ВИЧ - Вирус иммунодефицита человека

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ВУИ - Внутриутробная инфекция

ВУЗ - Высшее учебное заведение

ИППП- Инфекции, передаваемые половым путем

ЗОЖ- Здоровый образ жизни

ОМИЦ- Областной медико-информационный центр

ПМСП- Первичная медико- санитарная помощь

ПГПЖ- Потерянные годы потенциальной жизни

СПИД- Синдром приобретенного иммунодефицита

СТЗ- Сексуально-трансмиссионные заболевания

ЮКО- Южно-Казахстанская область

Введение

Актуальность темы исследования

Проблемы сохранения и поддержания здоровья населения становятся все более актуальными в условиях перехода нашей страны в рыночную экономику. Это объясняется тем, что переход рыночных отношений сопровождается усилением рыночных тенденций, в процессе воспроизводства населения и его здоровья. За последние 20 лет в Республике Казахстан состояние здоровья населения, доходы, образование, организация здравоохранения претерпели значительные изменения.

Страна пережила 2 крупных экономических кризиса, но, несмотря на тяжелое экономическое положение, государство уделяет достаточное внимание на состояние системы здравоохранения, здоровья населения, выделяются многомиллиардные субсидии на охрану здоровья людей. За последние годы как в мире, так и в нашей стране быстрыми темпами растет уровень заболеваний инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в связи широким распространением среди всех групп населения. По данным отечественных и зарубежных ученых, воспалительные заболевания уrogenитального тракта, обусловленные ИППП, прежде всего поражают людей репродуктивного возраста. По данным отдельных исследований [1], ИППП страдает более 50 % сексуально-активной группы населения. С 1991 года в Республике резко начала расти заболеваемость сифилисом [2]. Самыми неблагополучными по количеству ИППП оказались крупные промышленные города и областные центры. Наряду с этой патологией, растет уровень заболеваемости гонореей, уrogenитальным хламидиозом, трихомониазом, кандидозом, уреаплазмозом, зараженность вирусами иммунодефицита человека (ВИЧ) и синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИД).

Вопросам организации лечебно-профилактической помощи больным, страдающим ИППП, посвящено множество научных исследований. Однако, многие социальные проблемы умалчиваются, не изучаются, в частности, внутренняя и внешняя миграция населения, принявшие по разным причинам массовый характер и значительно отразившиеся на ИППП. Кроме того, этому

способствует наплыв туристов, торговцев, возраст которых составляет от 20 до 40 лет. Данные отдельных авторов показывают, что за последние 10 лет уровень заболеваемости ИППП вырос почти на 10 %.

Наше государство продекларировало охрану матери и ребенка как приоритетное направление, так как ухудшение состояния женщин представляет угрозу национальной безопасности. Все вышеуказанное по существу определяет актуальность исследований, направленных на совершенствование методов профилактики ИППП среди женщин.

Цель работы

Обосновать и внедрить предложения по интегрированной оценке здоровья и мер профилактики против инфекций, передаваемых половым путем среди женщин, проживающих в городе Шымкент.

Задачи исследования

1. Провести изучение уровня, структуры, тенденции распространения ИППП среди женщин в зависимости от возрастного и профессионального состава, исследуемого контингента.
2. Провести социологический опрос женщин по вопросам инфекций, передаваемых половым путем и оценить степень доступности для них первичной медико-санитарной помощи.
3. Оценить показатели потенциальной демографии, обусловленные заболеваемостью ИППП среди женщин.
4. Разработать модель совершенствования профилактики ИППП у женщин.

Научная новизна

Впервые в условиях города Шымкент установлена структура, динамика и особенность распространения ИППП у женщин. Дана оценка состоянию здоровья женщин, основанная на расчете показателей потенциальной демографии, связанная с заболеваемостью ИППП и ее отрицательных исходов. Показана степень доступности первичной медико-санитарной помощи

женщинам, страдающим ИППП, и внедрены меры профилактики ИППП среди женщин.

Теоретическая значимость

На основе исследования данных сформирована общая теория значимости ИППП и дано понимание методам потенциальной демографии, в частности, ожидаемую продолжительность здоровой жизни, потери трудового и экономического потенциала, связанную с ИППП.

Практическая ценность

Для использования в практическом здравоохранении предложены алгоритмы значимости потенциальной демографии, а также разработана модель совершенствования профилактики и улучшения первичной медико-санитарной помощи женщинам, проживающим в крупнопромышленном городе.

Основные положения, выносимые на защиту

1. Высокий уровень распространения ИППП характерен возрастным группам 20-29,30-39 лет, которые связаны прежде всего, с их социальной и экономической активностью.
2. Низкая доступность первичной медико-санитарной помощи способствует поздней диагностике и тяжелым осложнениям, приводящим к бесплодию и снижению демографической активности женщин.
3. Модель совершенствования профилактики ИППП, предложенная авторским коллективом, способствует стабилизации обстановки по эпидемии ИППП и повышает демографическую активность женщин.

Раздел 1.0 Обзор. Совершенствование профилактики инфекций, передаваемых половым путем, - важная проблема современной медицинской науки (Обзор)

За последние годы число инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), значительно возросло. Они составляют примерно половину всех инфекционных заболеваний человека в мире. В этиологии ИППП насчитывается более 20 возбудителей (бактерии, вирусы, простейшие, грибы, паразиты). Повысилась не только частота этих заболеваний, но и число патогенных агентов. Это так называемое второе поколение ИППП, эпидемиология которых объясняется целым рядом взаимосвязанных факторов демографического, социально-поведенческого и медицинского характера. Недавно к этой группе заболеваний прибавился синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД). Быстрое распространение во всем мире и вызываемая им высокая смертность стали причиной того, что о СПИДе в последние годы говорят больше, чем о любой другой ИППП. Актуальность этой проблемы в нашей стране подтвердило массовое заболевание СПИДом в городе Шымкент [3].

Экономические издержки, связанные с расходами на лечение и ущербом для производства, а также страдания больных, вызванные осложнениями ИППП (в частности, воспалительными заболеваниями тазовых органов), весьма значительны. Стало очевидным какое влияние оказывают эти болезни на состояние здоровья взрослых и детей, воспроизводство и фертильность. Так, в США среди женщин ежегодно наблюдается до 1 млн. случаев острых воспалительных заболеваний органов малого таза, наиболее частой причиной которых является гонорейная и хламидийная инфекции, почти 250 тысяч заболевших госпитализируются и половине из них приходится перенести хирургическое вмешательство. Научная группа всемирной организации здравоохранения (2004) пришла к выводу, что в мировом масштабе трудно отделить проблему бесплодия, потери плода, перинатальных инфекций и материнской смертности от проблемы ИППП. В отдельных районах Африки, например, до 50% женщин не имеют детей по причине ИППП. Многие случаи

послеродовой и послеабортной лихорадки, эндометрита обусловлены ИППП, вызванными гонококками, хламидиями, уреаплазмами, бледной трепонемой, вирусом простого герпеса, цитомегаловирусом и другими возбудителями.

В нашей стране, по сообщениям центральной прессы, каждая восьмая девушка нуждается в гинекологическом лечении. У женщин эта статистика еще более тревожна. При этом подчеркивается, что мы дорого платим за недостаток знаний, связанных с гигиеной женщины, половым воспитанием населения.

Воспалительные состояния, связанные с ИППП, влекут за собой 9-кратное повышение риска внематочной беременности, дающей в ряде случаев высокую смертность. Каждая пятая женщина становится бесплодной в результате двусторонней обструкции маточных труб, в основе которой лежат воспалительные процессы, вызванные ИППП. Учитывая, что около 7 млн. супружеских пар страдают бесплодием, лечение этой патологии обходится нашей стране около 100 млрд. [4].

Сложность борьбы с ИППП во многом обусловлена с их малосимптомностью или бессимптомностью. У 60-70 % женщин и у 30% мужчин отсутствуют клинические признаки гонорейной инфекции. Сифилитическая инфекция в настоящее время протекает в основном в стертой форме, с нарушенной периодичностью, преобладают скрытые формы заболевания (так называемый третий этап патоморфоза клинических проявлений сифилиса). Специалисты амбулаторно-поликлинических учреждений и стационаров, в первую очередь, акушеры-гинекологи, урологи, терапевты, врачи общей практики недостаточно владеют методами выявления венерических заболеваний. По этой причине в решении коллегии Министерства здравоохранения Казахстана «О мерах по усилению борьбы с распространением венерических заболеваний в стране» указано о введении вопросов организации борьбы с ИППП, организации для преподавателей кафедр курсов информации и стажировки по вопросам диагностики этих заболеваний, врачей-лаборантов венерологических учреждений в программу подготовки субординаторов по терапии, хирургии, педиатрии [5].

Сложную проблему ИППП усугубило распространение вируса

иммунодефицита человека (ВИЧ). Следует подчеркнуть, что взаимоотношение СПИДа и наиболее распространенных венерических болезней не ограничивается их частой ассоциацией и одновременным присутствием у заболевших. Разнообразные возбудители венерических заболеваний влияют на способность к заражению ВИЧ, в то же время у зараженных может изменяться течение венерических заболеваний. Это приводит к затруднениям в диагностике венерических заболеваний (в частности, сифилиса), затягивается идентификация на длительное время, требует проведения специфических сероликторологических тестов. Трудности диагностики подобной ассоциации сложны не только ввиду регистрации сходных иммунологических изменений, но и в связи с возможностью серонегативности к сифилису у больных, страдающих СПИДом. Это усугубляется еще и тем, что сифилис может имитировать другие болезни, что затрудняет не только его своевременную диагностику, но и диагностику заболеваний со сходной клинической картиной. Более того, некоторые клинические черты сифилитической инфекции (в частности, вторичного сифилиса), такие как повышение температуры, потеря в весе, головная боль, недомогание, лимфаденопатия могут напомнить симптомокомплекс СПИДа. Изменение общей патологии и течения сифилиса при одновременном заражении ВИЧ может быть вызвано подавлением иммунологической реактивности организма в отношении бледной трепонемы.

Серопозитивность к ВИЧ нередко ассоциируется с генитальными эфлюоресценциями и позитивными серологическими тестами на сифилис. У 29-38% лиц, посещавших венерологические клиники по поводу заболевания сифилисом, шанкroidом, венерической лимфогранулемой, генитальным герпесом, выявлены антитела к ВИЧ [6].

Существует ряд доказательств роли венерических заболеваний в передаче ВИЧ. Во-первых, риск сероконверсии, связанной с заражением ВИЧ, намного повышается при генитальных язвах, возникающих, как правило, у лиц, страдающих ИППП. Риск инфицирования усиливают венерические заболевания, приводящие к нарушению целостности слизистых оболочек. Подтверждением служат ассоциации генитального, аноректального, орального

герпеса, сифилиса с серопозитивностью к ВИЧ, а также сероконверсия при инфицировании ВИЧ, связанная с аногенитальными высыпаниями, в частности, остроконечными кондиломами и анальными трещинами. Во-вторых, недавно проведенные исследования объясняют патогенетические механизмы передачи ВИЧ при гетеросексуальных контактах лиц, страдающих венерическими заболеваниями. Учитывая, что ВИЧ обнаружен в лимфоцитах секрета гениталий серопозитивных к нему людей, такие состояния генитального тракта женщин, как ИППП и хронические воспаления шейки матки, а также менструация, повышающие количество клеток-мишеней вируса СПИДа, способствуют его передаче при половых контактах.

Особое внимание следует уделять методам диагностики ИППП, которые должны обладать достаточной чувствительностью, специфичностью, воспроизводимостью и быстротой получения результатов.

Иммуноферментный анализ, реакция иммунофлюоресценции и гемагглютинации с выявлением IgM-антител представляются достаточно апробированными методами диагностики, позволяющими рекомендовать их для идентификации различных генитоуринарных инфекций. При этом использование современных методов разделения класс-специфических иммуноглобулинов позволит дифференцировать реинфекцию и аутоиммунные процессы при венерологической патологии. Методы гибридизации (ДНК-, РНК-зонды), использование моноклональных антител, иммуноблоттинга представляются перспективными диагностическими тестами, позволяющими не только идентифицировать инфекцию, но и определить характер иммунного ответа, эпитопы возбудителя, ответственные за его патогенность и антигенность.

Диагностика СПИДа предполагает использование тестов с учетом формы и длительности течения инфекции. При этом обращается внимание, с одной стороны, на относительную чувствительность различных методов серологического анализа, с другой- на возможность серонегативности тестов при начальных и терминальных стадиях заболевания. Особого внимания заслуживают ассоциации возбудителей ИППП и ВИЧ, требующие проведения,

помимо серологического, дополнительных диагностических исследований, в частности анализа тканевого материала.

В последнее время большое значение приобретают новые методы терапии ИППП, в частности, использование иммунокоррекции в комплексном лечении этих заболеваний. Модуляция иммунной системы может способствовать повышению эффективности специфической терапии [7].

Полученные нами доказательства наличия клеточной супрессорной активности у больных сифилисом имеют важное практическое значение для разработки новых подходов к лечению этого заболевания. В терапии сифилиса патогенетически обоснованными являются не только иммуностимулирующие препараты, но и средства, подавляющие активность Т-супрессоров. Тактика иммунокорректирующего лечения больных сифилисом с учетом возможного инфицирования ВИЧ также должна предусматривать блокаду Т-супрессорной субпопуляции, а не стимуляция хелперных клеток ввиду возможной активации латентно инфицированных ВИЧ CD4+T - клеток. Кроме того, учитывая выявленную депрессию эффекторного звена клеточного иммунитета при сифилисе, а также дефект продукции лимфокинов при СПИДе, применение медиатора клеточного иммунитета (Интерлейкина-2) показано для больных сифилисом, инфицированных одновременно ВИЧ.

Использование средств, усиливающих иммунный ответ, может повысить эффективность современных методов борьбы с гонореей. Особое внимание заслуживают исследования, связанные с разработкой вакцин. Помнению большинства исследователей, наибольшей эффективностью будут обладать многокомпетентные вакцины, способные прервать сразу несколько патологических процессов, вызываемых гонококками, включая адгезию, инактивацию антител протеазой, токсическое действие бактерий на реснички, фагоцитоз возбудителей эпителиальными клетками и др. [8].

Необходимо уделить самое серьезное внимание проблеме ИППП при обучении студентов медицинских вузов, расширить соответствующие разделы учебного плана, увеличить время курации, улучшить наглядность преподавания. Следует также предусмотреть создание в структуре

дерматовенерологических учреждений лечебно-профилактических центров, что поможет скоординировать усилия по внедрению передовых научных исследований, улучшению лабораторно-диагностических возможностей дерматовенерологической службы, организации подготовки персонала, улучшению санитарного просвещения. В рамках этой системы могут производиться периодические курсы усовершенствования акушеров-гинекологов, педиатров, терапевтов, врачей общей практики, врачей других специальностей по последним достижениям в области диагностики и лечения ИППП.

Таким образом, совершенствование всех звеньев работы по борьбе с ИППП является неотложным требованием сегодняшнего дня.

Раздел 1.2 Медико- социальные последствия ИППП, в развитии патологии репродуктивной системы

В условиях социально-экономического преобразования в обществе, а также негативных медико-демографических процессов, приводящих к ухудшению состояния здоровья женщин, особую социальную значимость приобретают проблемы профилактики и охраны здоровья женщин в связи ростом ИППП. Демократизация общественных отношений, расслоение общества на различные классы, безработица, отсутствие должной социальной поддержки со стороны государства формируют среди населения группы риска, которые поддерживают высокий уровень заболеваемости ИППП.

К сожалению, до сих пор не разработано достаточно эффективных мер для преодоления этого социального недуга. Последнее десятилетие широкое распространение получила инфекционная патология беременных. Это связано с современными особенностями микробиологического спектра, распространением оппортунистических инфекций, крайне неблагоприятно влияющих на общее и репродуктивное здоровье женщин. Исходя из литературных данных можно заключить, что социально-экономические преобразования нашего государства привели к снижению качества жизни значительной части населения, увеличению безработицы и развитию секс-индустрии, отразившиеся на репродуктивном здоровье населения.

Воспалительные заболевания половых органов, вызываемые такими возбудителями, как *Chlamidia trachomatis*, *Ureaplasma urealyticum*, *Herpes simplex Virus* и другими, условно объединяют в группу сексуально-трансмиссионных заболеваний (СТЗ) [9].

В литературных источниках, посвященных рассматриваемой проблеме, приводятся сведения, касающиеся социальных, медицинских и психологических факторов, способствующих риску заражения сифилисом женщин. Большинство заболевших – лица со средним или неполным средним образованием. Чаще всего их отличает невысокий материальный уровень жизни и низкая осведомленность о мерах профилактики ИППП. Сочетание этих факторов стало причиной нежеланной беременности и последующего отказа от

ребенка в 14-16 % случаев.

Полученные данные о сравнительно высокой и возрастающей частоте сифилиса при беременности и ее исходах, несомненно, имеют большое социально-медицинское значение в связи с распространением сифилиса, опасностью его для общества, тяжестью последствий для здоровья женщин и потомства.

Отдельные авторы констатируют, что проблема врожденного сифилиса является не только медицинской, но и социальной, следовательно, и подход к ее решению должен быть комплексным. [10]

Учитывая, что при внутриутробной инфекции (ВУИ) имеется высокий риск развития осложнений беременности и родов, целесообразно проводить комплексное обследование женщин на наличие латентных инфекций на прегравидарном этапе и при беременности с адекватной этиологической и патогенетической терапией этих инфекций, динамическим наблюдением за показателями лабораторных исследований и результатов УЗИ.

Инфекционная патология крайне негативно отражается на состоянии здоровья женщин, а также затрудняет полноценную реализацию репродуктивной функции (Поздняк А.А. с соавт., 2000; Уметова Д.А., 2001; Нукушева С.Г., 2003; Какеев Б.А., 2005). Инфекционное поражение репродуктивной системы занимает видное место среди причин невынашивания беременности (Малес., 1999; Толыбекова А.А., 2001; Фосфанова И, Ю., 2002) [11].

Ряд авторов (Тютюнник В.Л., 2004; Lonis M.E., 1999) подчеркивают, что роль инфекций велика при преждевременных родах, особенно при преждевременном излитии околоплодных вод [12].

Вирусные инфекции могут причиной не только выкидышей в ранние сроки беременности, но и анэмбрионии, неразвивающейся беременности, антенатальной гибели плода, пороков развития, внутриутробной инфекции, проявляющейся после рождения младенца [13].

Проблеме внутриутробных инфекций посвящен ряд исследований. По данным зарубежных исследователей, удельный вес внутриутробных инфекций

среди причин мертворождения и ранней детской смертности, достигает 40 %. Околоплодные оболочки оказываются инфицированными у 50 % беременных через 6 часов после незначительного нарушения целостности плодного пузыря [14]. Для обозначения внутриутробных инфекций (сифилиса, гонореи, токсоплазмоза, цитомегаловирусной инфекции, краснухи, герпетической инфекции, хламидиоза, гепатита) используется аббревиатура TORCH - комплекс. Целенаправленные обследования на наличие TORCH - комплекса с использованием лабораторных методов исследования и проведение своевременной коррекции, имеют большое значение для профилактики перинатальной заболеваемости и смертности [15].

Скрипкин Ю.К. с соавт.(1997), Фризе К. с соавт. (2003) подчеркивают, что к ВУИ относятся многие заболевания, которые могут отличаться друг от друга: по природе этиологического агента (вирусы, бактерии, простейшие), по способу проникновения к плоду, по патогенности, по иммунореактивности и др. Однако, для всех них характерно то, что плод или новорожденный инфицируется от матери, у которой данная инфекция, как правило, протекает в латентной форме. Риск заражения плода при первичном инфицировании матери во время беременности составляет в среднем 50 % [16].

Своевременная диагностика и лечение инфекций в 3 триместре беременности позволили существенно (в 4-5 раз) снизить частоту различных осложнений беременности, родов и послеродового периода, связанных с инфекций [17].

Важным на сегодня является разработка программ проспективного мониторинга за внутриутробными инфекциями у беременных и новорожденных с клинической интерпретацией результатов вирусологического и серологического исследований [18].

Выявление основных источников риска, оценка риска позволяют устранить проблемы невынашивания беременности при латентных инфекциях, определить эффективные пути сокращения риска на прегравидарном этапе, что является необходимым звеном в системе охраны «Здоровья матери и ребенка» [19].

Заболеваемость, связанная с ИППП, по-прежнему представляет серьезные требования, относящиеся к медицинским и экономическим ресурсам общества [20]. Эти заболевания представляют собой скрытые эпидемии, которые серьезно сказываются на здоровье населения и экономике страны. Между тем, их последствия до конца не осознаны обществом и медицинскими работниками, так как многие биологические и социальные проблемы, ассоциированные с этими заболеваниями, умалчиваются [21].

В иерархии комплекса факторов на первом месте находятся социально-гигиенические (24,5 %), на втором - факторы образа жизни (15,1 %), на третьем - медико-демографические (10,7 %), на четвертом – медико-биологические (8,7 %), на пятом - половое воспитание (5,0 %). Учет силы влияния факторов риска должен быть положен в основу дифференцированного подхода к проведению первичной профилактики ИППП [22].

Проводимая работа Минздравом России и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации была направлена, прежде всего, на первичную профилактику ИППП [23]. Продолжительный опыт такой работы с населением отмечен в Мурманской, Самарской, Новосибирской и Свердловской областях [24]. Проводились циклы обучения руководителей дерматовенерологических учреждений по внедрению в практику интегрированного подхода к контролю и профилактике ИППП в рамках Российско-британской программы «Развитие клинических и эпидемиологических систем контроля за распространением ИППП». Разработаны методические материалы по тактике взаимодействия акушер-гинекологов, дерматовенерологов, неонатологов и педиатров по профилактике и диагностике врожденного сифилиса [25].

В России с 2007 года внедрена система дотаций женщинам, вставшим на учет по беременности до 12 недель, что благополучно отражается на своевременном обследовании и выявлении патологии, а также более раннему их лечению. Обследование беременных, включительно дорогостоящих методов (ИФА, ПЦР и др.) бесплатно за счет средств государства.

За последние несколько лет лабораторная диагностика достигла

серьезных высот в своем развитии. Чтобы выявить инфекцию, требуется пройти тщательное профилактическое обследование современными методами, которые являются дорогостоящими и не каждой пациентке по карману. К сожалению, мазок подавляющее большинство инфекций не показывает [26].

Высокая стоимость и постоянное повышение цен на диагностические тест-системы для идентификации возбудителей при недостаточном финансировании создают проблемы в своевременной диагностике ИППП [27].

Лечение репродуктивно значимых инфекций регламентировано международными и европейскими стандартами.

Во всем мире ИППП лечит государство, потому что эти инфекции отражаются на репродуктивном здоровье нации, влияют на ее генофонд. Потому-то все цивилизованные страны дают средства на лечение из государственного бюджета. Выбор лекарственного средства при лечении ИППП определяется, к сожалению, возможностью (в первую очередь финансовой) приобретения препарата, что нельзя не учитывать в современных условиях денежного дефицита [28].

В условиях социально-экономических преобразований, снижения благосостояния населения, свободной продажи порнографической продукции, открытия частных медицинских центров, нелегально оказывающих венерологическую помощь, резко снизилось качество и доступность специализированной венерологической помощи населению [29].

В последние годы в Республике Казахстан были значительно расширены диапазон и содержание услуг семейных врачей, в функциональные обязанности которых включены функции по укреплению здоровья. Произошло смещение от предоставления услуг отдельным категориям населения к оказанию услуг по принципу семейной практики с акцентом на профилактику и укрепление здоровья приписанного населения, что способствовало улучшению качества услуг здравоохранения [30].

В Послании 2010-2011 гг. Президент поставил конкретные задачи на ближайшее десятилетие. В том числе, Нурсултан Абишевич указал, что «Здоровый образ жизни и принцип солидарной ответственности человека за

свое здоровье - вот что должно стать главным в государственной политике в сфере здравоохранения и повседневной жизни населения».

В соответствии с вышеуказанным, а также на основе проведенного анализа современного состояния здоровья населения и системы здравоохранения Республики Казахстан были определены приоритетные стратегические направления и механизмы реализации Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы [31].

Реализация Программы будет способствовать динамичному развитию системы здравоохранения путем создания условий для перехода к малозатратным формам медицинского обслуживания, обеспечения профилактической направленности отрасли, повышения уровня доступности и качества медицинской помощи, внедрению специальных социальных услуг, созданию условий для мотивации у населения самосохранительного поведения, особенно среди лиц, отнесенного в группе риска, отнесенные ИППП (Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Салауатты Қазақстан» на 2011-2015 годы) [32].

Раздел 2. Материал и методы исследования

Настоящая работа охватила период с 2015 по 2017 годы и осуществлена на основе программы, учитывавшей весь спектр задач, поставленных перед исследовательской работой (рис.1). Базой исследования были выбраны медицинские организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) г.Шымкент, оказывающие акушерско-гинекологические услуги больным женщинам инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

При планировании, организации и проведении научного изыскания нами использованы ретроспективные и проспективные способы сбора материала. Применялись описательные (дескриптивные) и аналитические (модели множественной логической регрессии) методы исследования. Также использованы современные количественные методы, такие как статистическое моделирование с помощью стандартных статистических формул.

Объектом исследования служили женщины г. Шымкента, проживающие на территории, обслуживаемой Областным дерматовенерологическим диспансером, и были подразделены на следующие возрастные группы: первая группа - 15-19 лет; вторая- 20-29 лет; третья -30-39 лет; четвертая - 40-49 лет.

Для оценки уровня, структуры, тенденции и значимых особенностей распространения ИППП среди женщин проведена выкопировка из архивных данных Областного дерматовенерологического диспансера и проанализированы карты женщин, состоящих на учете за период с 2015 по 2017 гг. Также составлена анкета медико-организационного исследования женщин с ИППП, содержащая следующие фрагменты:

- характеристику репродуктивного поведения и репродуктивных установок;
- социально-гигиенические и психологические аспекты образа жизни женщины, находящейся в репродуктивном периоде;
- вопросы медицинского обслуживания.

Проведено анкетирование 500 женщин по выявлению доступности первичной медико-санитарной помощи и эффективности медицинского

обслуживания.

Анализ заболеваемости представлен, как показателями основных венерических заболеваний (сифилис, гонорея, трихомониаз), так и инфекциями «нового поколения» (гарднереллез, уреаплазма, микоплазма, хламидии, герпес, грибковая инфекция).

Идентификация диагнозов основывалась на Международной классификации болезней десятого пересмотра (1999).

В целях характеристики распределения признаков в совокупности, а также для сравнения в ходе анализа разных совокупностей вычислялись интенсивные и экстенсивные показатели.

Оценка динамики изменений заболеваемости с 2015 по 2017 гг. проводилась по показателям абсолютного прироста, темпа роста, темпа прироста и 1% прироста. Выравнивание динамического ряда осуществлялось путем вычисления скользящей средней.

Данные о численности населения по возрасту и этническому составу заимствованы из данных Областного медико-информационного центра (ОМИЦ), а также из отчетов по приписному населению.

Роль отдельных причин в формировании заболеваемости населения ИППП выяснилась следующими вычислениями:

- коэффициент корреляции Пирсона;
- степень достоверности различий двух показателей определялась по критерию Стьюдента (t);
- оценка величин (t) осуществлялась с помощью таблиц стандартов, критерием достоверности выбран 95,0- 99,9 % или $p < 0,05; 0,01; 0,001$.

Весь анализ в рамках данной модели реализуется на основе общепринятых показателей медицинской статистики и ряда позиций экономической государственной статистики и может служить целям определения приоритетов, формирования целевых функций учреждений и служб здравоохранения, формированию количественно обоснованных программ борьбы с социально значимыми заболеваниями. Использование

методов потенциальной демографии было одобрено ВОЗ (WHO, 2001).

Рисунок 1 - Программа, материалы, выборка, инструменты и организация исследования

Изучить причины, обуславливающие неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по ИППП в г.Шымкент для обоснования, разработки и внедрения инновационных медико-социальных и организационно-управленческих технологий по комплексной профилактике и контролю

Задачи	Методы	Выход
<p>Современные представления об эпидемиологии и профилактике инфекций, передаваемых половым путем (обзор литературы)</p>	<p>Библиографический</p>	<p>Аналитический обзор. Список литературы содержит 77 источников, из них 12 на иностранных языках</p>
<p>Изучить особенности развития эпидемического процесса ИППП, распространенность ИППП среди различных групп населения г. Шымкент</p>	<p>Статистический</p>	<p>Анализ данных. Материалами для изучения явились данные статистической отчетности за 2015-2017 гг. Областного дерматовенерологического диспансера по болезням, передающимся половым путем: формы № 003/у,</p>

		<p>009/у, 030/у, 034/у, 065/у, 089/у; акты расследования эпидемических очагов ИППП; справки контроля состояния профилактической работы по ИППП в лечебных учреждениях города; результаты ежегодного эпидемиологического анализа ИППП.</p>
--	--	---

<p>Рассчитать прогноз заболеваемости ИППП в г. Шымкент на ближайшие годы</p>	<p>Статистический и прогнозирования</p>	<p>Анализ данных. Представлены номинальные ломаные, построенные на основании полинома со степенью шесть. При этом, безусловно, учитывалось, что прогнозируемые кривые, основанные на обоих полиномах, совпадали по направлению.</p>
--	---	---

<p>Изучить факторы, влияющие на развитие эпидемии ИППП, в том числе социальный статус больных, вид их</p>	<p>Социологический</p>	<p>Анализ данных. Исследования основывались на традиционном подходе – анкетном опросе населения за 2017 г.:</p>
---	------------------------	---

<p>деятельности, доход семьи, половозрастные характеристики, уровень образования и наличие у населения знаний по ИППП и их профилактике</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. больных с ИППП 2. лиц несовершеннолетнего возраста 3. РКС 4. Студентов старших курсов ВУЗов
<p>Изучить факторы, влияющие на развитие эпидемии ИППП, в том числе социальный статус больных, вид их деятельности, доход семьи, половозрастные характеристики, уровень образования и наличие у населения знаний по ИППП и их профилактике</p>	<p>Социологический – 500 респондентов. Экспертных оценок</p>	<p>Анализ данных социологического опроса населения на основе анкет, состоящих из 18 вопросов</p>
<p>Разработать, внедрить и оценить эффективность реализации медико-</p>	<p>Экспертных оценок</p>	<p>Рекомендации. Различные направления, ориентированные на группы риска</p>

социальных технологий по профилактике ИППП		
Разработать, внедрить и оценить эффективность реализации организационно-управленческих технологий по профилактике ИППП	Экспертных оценок	Рекомендации.

Если в традиционной демографии используются показатели рождаемости, смертности, миграционные процессы и т.д., то в потенциальной демографии применяются продолжительность заболеваемости и инвалидности, потерянные годы потенциальной жизни (ПГПЖ - Years of Potential Life Lost (YPLL)), ожидаемая продолжительность здоровой жизни (HALE, Healthy life expectancy), потери трудового потенциала, потери активной жизни. Одним из приемлемых единиц измерения ущерба или потерь от любых проявлений нездоровья - заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности - является человеко-годы: например, человеко-годы болезни. Этот способ позволяет легко перейти к оценке экономического ущерба от любых проявлений нездоровья. Показатель потерь трудового потенциала разработанный Ермаковым С.П. (1996), позволяет оценить число человеко-лет трудовой деятельности, которое теряет население вследствие заболеваемости.

Экономические потери от заболеваемости с временной утратой трудоспособности

$$\text{при ИППП} = \frac{\text{число дней нетрудоспособности} \times \text{ВВП}}{\text{Число работающих}}$$

Занятое экономически активное женское население - анкетный источник

перепись населения РК.

Весь объем информации обработан на персональном компьютере с использованием пакета программ Excel, что позволило получить специальные выходные таблицы и диаграммы.

Проведен ретроспективный, на глубину в 3 года (2015-2017 гг.), анализ заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в г.Шымкент. Изучены группы лиц наиболее уязвимых в отношении ИППП, впервые данные о заболеваемости основных ИППП отображены в возрастном-половом аспекте на 100 тыс. соответствующего населения. Для проведения прогнозирования был применен метод временного тренда, основанный на выравнивании многолетних динамических рядов.

Нами было осуществлено поэтапное комплексное социально-гигиеническое исследование и были применены следующие методы исследования: информационно-аналитический, исторический, социально-гигиенический, экспертных оценок, хронометража, экономического анализа, математического моделирования, статистический.

Использованные в исследовании анонимные анкеты были разработаны нами специально для вышеназванных групп респондентов. Экспертная оценка осуществлялась общепринятыми статистическими методами. Разработка и сводка материала включала заполнение таблиц (простых, групповых, комбинационных). Статистическая обработка полученных данных проводилась на базе прикладной компьютерной программы Microsoft Excel.

Материалами для изучения явились данные официальной статистики и отчетности за 2015-2017 гг. по форме № 003/у, 009/у, 030/у, 034/у, 065/у, 089/у; акты расследования эпидемических очагов ИППП; справки контроля состояния профилактической работы по ИППП в лечебных учреждениях города; результаты ежегодного эпидемиологического анализа ИППП.

С целью изучения активности полового пути передачи ретроспективному эпидемиологическому анализу подверглись случаи заболеваний сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, выявленные в г. Шымкент в период с 2015 по 2017 гг.

Раздел 3.0 Состояние здоровья населения и заболеваемости женщин болезнями, передающимися половым путем

Проблемы сохранения и улучшения здоровья населения становятся все более актуальными в связи с усилением негативных тенденций в формировании отдельных социально значимых патологий среди населения нашей Республики.

За короткий период независимости страна добилась значительного прогресса в строительстве открытого демократического государства с рыночной экономикой. Формируются не только новые экономические отношения, идут процессы социального преобразования общества. В Республике Казахстан состояние здоровья, доходы населения, состояние образования претерпели значительные изменения. Снижается безработица, растет благосостояние значительной части населения. Однако, несмотря на положительные сдвиги в экономике страны, пока не отмечается улучшения показателей здоровья основной массы населения.

За последние годы как в мире, так и в нашей стране усилилось внимание к проблемам эпидемиологии и профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в связи с их широким распространением среди всех групп населения. Ослабление идеологических подходов в воспитании подрастающего поколения, разрушение идеалов и моральных принципов, изменение норм сексуального поведения на фоне повышения активности возбудителей заболеваний явились причиной эпидемии ИППП. Пик эпидемии пришелся на 1997 год, когда заболеваемость сифилисом в среднем по республике почти в 200 раз превысила соответствующие показатели 1990 года. В этот период Правительство Республики Казахстана принимает Программу по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем на 2000-2001 годы и продлевает её до 2002 года. Особенностью эпидемии является высокая распространенность сифилиса среди населения крупных городов и, в частности, столицы.

В этом ряду г.Шымкент занимает особое место. С приобретением независимости страны увеличивается приток населения в город из сопредельных государств и сельской местности, параллельно возросла

заболеваемость сифилисом, в 2004 показатели по городу в 2,7 раза превысили республиканские.

Резко изменившиеся условия жизни в г.Шымкент, эпидемиологическая ситуация и принятые экстраординарные меры профилактики, в том числе медицинские, реализация которых потребовала научного осмысления проведенной работы.

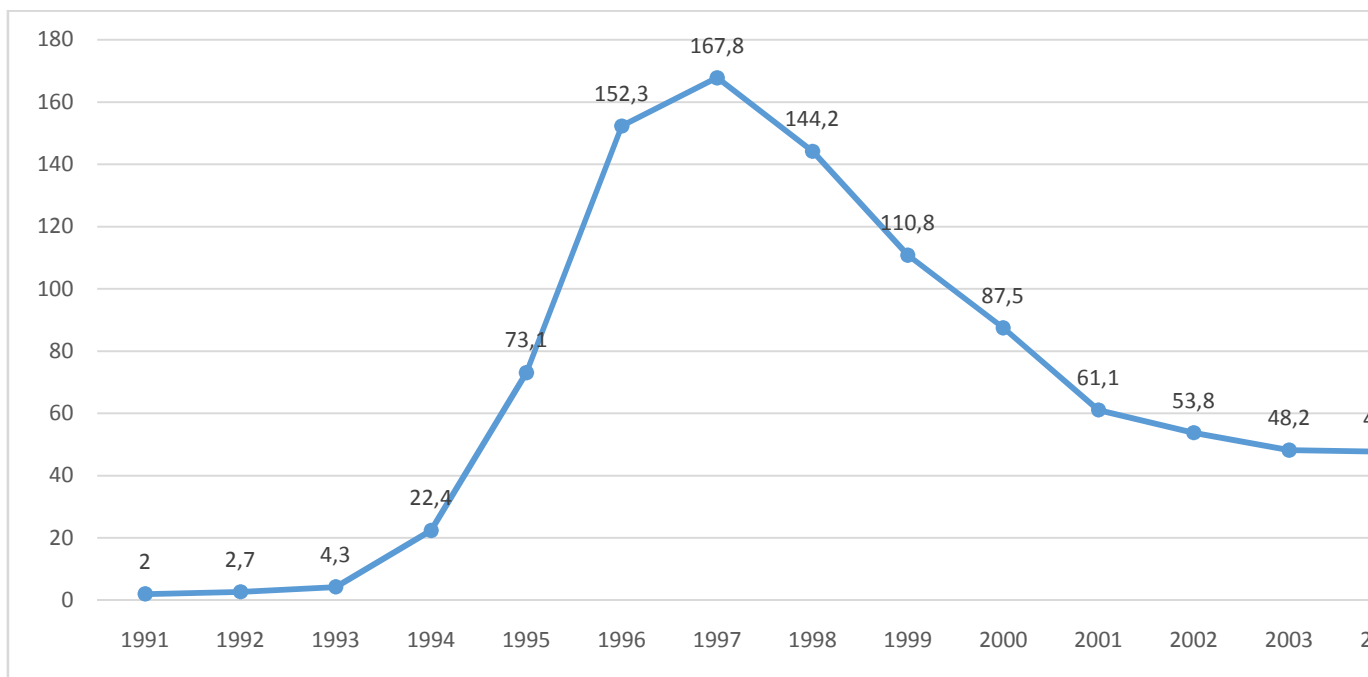


Рисунок 3.1 - Динамика заболеваемости первичным сифилисом в г.Шымкент

Жилищное обустройство приезжих еще представляет большие трудности, особенно молодых семей. Увеличилось число разводов на 29,8%, а также число лиц, никогда не состоявших в браке. Особенно это отразилось на женщинах. Омоложение населения повлияло на относительные показатели смертности. Благодаря этому показатель естественного прироста населения в 2005 году выше в 1,8 раза по сравнению с 1999 годом.

Еще велико количество городского населения, не имеющего постоянной работы: 8,3 % среди мужчин и 12,5% среди женщин. Уровень занятости женщин экономически активного населения отстаёт от соответствующих показателей у мужчин. Основной процент формируется за счет лиц наиболее

экономически активной возрастной группы 25-54 года (78,1%), доля молодых лиц от 16 до 24 лет составляет 13%. В гендерном отношении доля безработных женщин в возрасте 16-24 года составила 57,6%.

Одновременно идет рост денежных доходов на душу населения, но только 4% населения получают зарплату выше 75 %-ной стоимости прожиточной заработной платы. Гораздо больше людей с низким прожиточным уровнем.

Увеличилось число ВУЗов по сравнению с 1999 годом в 7 раз, число колледжей - втрое и соответственно количество студентов в 3,7 раза.

Растет туризм: за четыре последних года в город въехало около 40 тысяч туристов, выехало за пределы республики более 30 тысяч.

Анализ общей заболеваемости населения за годы реформирования здравоохранения показал тенденцию к ее снижению. Показатель общей заболеваемости взрослых и подростков снизился в 2017 году сравнительно с 2008 годом на 10,8% и в большей степени среди детей до 14 лет - на 24%, а первичная заболеваемость взрослых и подростков соответственно на 22,6% и у детей до 14 лет на 31,9% (табл.3.1). Переход к рыночным отношениям и переориентация жизненных интересов населения отразились на посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений в сторону ее уменьшения с 7582934 посещений в год (или 7,3 на одного жителя) в 2000 году до 7401818 (или 7,2) в 2009 году и это отразилось на показателе общей заболеваемости населения области, $r=+0,75$ ($p<0,001$) (табл.3.2).

Таблица 3.1 - Показатели общей и первичной заболеваемости в ЮКО (на 100 тысяч населения)

Годы	Общая заболеваемость взрослого населения и	Общая заболеваемость детей до 15 лет	Первичная заболеваемость взрослого населения и	Первичная заболеваемость детей до 15 лет
2008	60427,5	52593,9	31039,2	38755,3
2009	62976,9	52784,4	29655,5	36719,6
2010	56832,5	52072,8	27319,9	37409,8

2011	50748,0	45072,8	27319,9	37409,8
2012	45478,0	40866,9	21452,4	29037,9
2013	45918,4	39890,9	22430,9	26512,9
2014	49076,6	42159,2	24546,8	28988,6
2015	51227,8	51523,7	25764,8	33866,9
2016	50235,6	47534,8	25555,8	30167,4
2017	50358,0	49208,7	25711,5	32094,2

Это обусловлено, с одной стороны, уменьшением числа обращаемости населения за медицинской помощью, что привело к снижению регистрируемой заболеваемости в лечебно-профилактических учреждениях, с другой стороны, ростом легальной и теневой деятельности медицинских работников.

В то же время снижение показателя нельзя считать отражением истинной картины заболеваемости среди населения и связано это с сокращением сети и мощности больничных учреждений, уменьшением численности врачей и среднего медицинского персонала $r=+0,73$ ($p<0,001$), финансовыми трудностями системы здравоохранения, низкой платежеспособностью населения, уменьшением активности медицинских работников в выявлении заболеваний среди населения и многое другое, и эта тенденция снижения общей и первичной заболеваемости коррелируется с процессами реорганизации сети здравоохранения (табл.3.2). Низкая заработная плата медицинских работников и отсутствие должной кадровой политики в государстве привело к оттоку специалистов отрасли в Россию и столицу Республики. В области в 2000 году на 10000 населения приходилось 34,2 врача и 94,7 среднего медицинского персонала против 33,3 и 90,7 соответственно в 2007 году.

В структуре заболеваемости населения области болезни органов дыхания занимают первое место, которые и создают неблагоприятный фон в условиях высокой эпидемиологической ситуации с туберкулезом. Рост заболеваемости по туберкулезу наблюдался на протяжении десятилетий (с 56,5 на 100000 населения в 2000 году до 68,2 в 2009 году), а с 2006 года по настоящее время удалось стабилизировать данный процесс.

Резко вырос показатель заболеваемости йододефицитными нарушениями и сахарным диабетом. По данным медико-информационного центра (2016)

среди детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет, общая распространенность эндемического зоба достигает от 29,7 до 33,9%. При этом особого внимания заслуживает факт, что у 60,8 % новорожденных в некоторых районах области обнаруживается недостаточность гормона щитовидной железы.

Более реальную картину состояния здоровья населения представляют данные смертности. Основными причинами смертности на протяжении многих лет являются сердечно-сосудистые заболевания (261,9 случаев на 100000 общей смертности). Рост смертности по данному классу заболевания за период с 2008 по 2017 гг. составил 20,2%.

Таблица 3.2 - Корреляционная зависимость общей и первичной заболеваемости и основных показателей здравоохранения

Наименование показателей для определения корреляционной связи между ними	Значение коэффициента				Оценка формы, тесноты и достоверности связи
	Корреляции (r)	Средней ошибки корреляции (бк)	Критерия t (Стьюдента)	Вероятности безошибочного прогноза (P)	
1	2	3	4	5	6
Общая заболеваемость и число посещений	+0,75	+ 0,20	3,8	<0,001	Прямая, сильная, достоверна
Первичная заболеваемость и число посещений	+0,70	+ 0,22	3,2	<0,01	Прямая, сильная, достоверна
Общая заболеваемость и обеспеченность	+0,76	+ 0,18	4,2	<0,001	Прямая, сильная, достоверна

Первичная заболеваемость и обеспеченность населения	+0,73	+ 0,19	3,8	<0,001	Прямая, сильная, достоверная
---	-------	--------	-----	--------	------------------------------

На втором месте - смертность от болезней органов дыхания (110,1 случая на 100000 населения в 2000 году и 90,4 на 100000 населения в 2009 году составляла 12,6% от общей смертности) и на третьем месте - травмы и отравления (89,5 и 71,7 случаев на 100000 населения соответственно по годам).

Следовательно, проводимые преобразования в системе здравоохранения привели к некоторым позитивным, а порою и негативным последствиям. Показатели заболеваемости имеют разнонаправленные тенденции изменения. Ухудшились отдельные демографические показатели. Проведенный анализ показывает, что достичь значимых результатов за такой короткий период времени практически невозможно. Этому препятствует ряд факторов, независимых от здравоохранения, таких как бедность, внутренняя миграция, низкий уровень санитарной информированности населения, низкая заработная плата медицинских работников и, соответственно, низкий престиж профессии и дисбаланс в кадровом обеспечении.

Тем не менее, совершенствование управления системой здравоохранения должно продолжаться и сопровождаться улучшением материально-технической базы здравоохранения, эффективным управлением человеческими ресурсами, повышением качества медицинских услуг, совершенствованием информационно-коммуникационных технологий.

В настоящей главе представлен анализ уровня, структуры, тенденций, особенностей и закономерностей заболеваемости ИППП женщин в ЮКО в динамике с 2015 по 2017 годы.

Раздел 3.1 Сравнительная оценка распространенности основных венерических болезней у женщин

В последние годы в нашей республике значительно расширены диапазон и

содержание услуг семейных врачей, в обязанности которых включены функции по укреплению здоровья. В стране произошло смещение от предоставления услуг отдельным категориям населения к оказанию услуг по принципу семейной практики с акцентом на профилактику заболеваний и укрепление здоровья приписанного населения, что способствовало улучшению качества услуг здравоохранения.

Несмотря на это, уровень ежегодно регистрируемой заболеваемости ИППП остается высоким. В ЮКО в 2017 году заболеваемость сифилисом составила 31,2 ‰, гонореей 27,4 ‰ соответственно.

Учитывая значимость распространенности ИППП в республике, получивших признаки эпидемического процесса в середине 90-х годов прошедшего столетия, на наш взгляд, интересным в научном плане, является ретроспективный и сравнительный анализ заболеваемости ИППП за период 2015-2017 годы, в целом, по республике и по г.Шымкент, который является крупным мегаполисом с выраженной инфраструктурой и развитием устоявшихся отношений в области сексуального бизнеса с вовлечением социально неадаптированных и малообеспеченных категорий молодежи, склонному к асоциальному поведению.

Анализ заболеваемости населения сифилисом в период 2015-2017 годы по Шымкенту свидетельствует об обострении эпидемической ситуации в 2008-2012 годах и о снижении уровня заболеваемости в последующие годы (рис.3.1).

В последние 10 лет во всех возрастных группах женщин сохраняется относительный высокий уровень заболеваемости первичного сифилиса. Средний уровень заболеваемости первичного сифилиса в возрастной группе 15-17 лет составил 271,4 случая на 100 тыс. подростков этого возраста. Самый высокий уровень первичного сифилиса среди женщин был зарегистрирован возрастной группе 25-29 лет - 318,9 случая на 100 тыс. населения этой возрастной группы).

В последующих возрастных группах относительно постепенное снижение уровня заболеваемости от 296,7 до 174,5 ‰. Аналогичная картина наблюдается по вторичному сифилису. Самые высокие цифры заболеваемости в возрастной

группе 25-29 (216,3). Самые низкие в возрастной группе 45-49 лет - 127,5 случая на 100 тыс. населения этой возрастной группы (рис 3.1.2.).

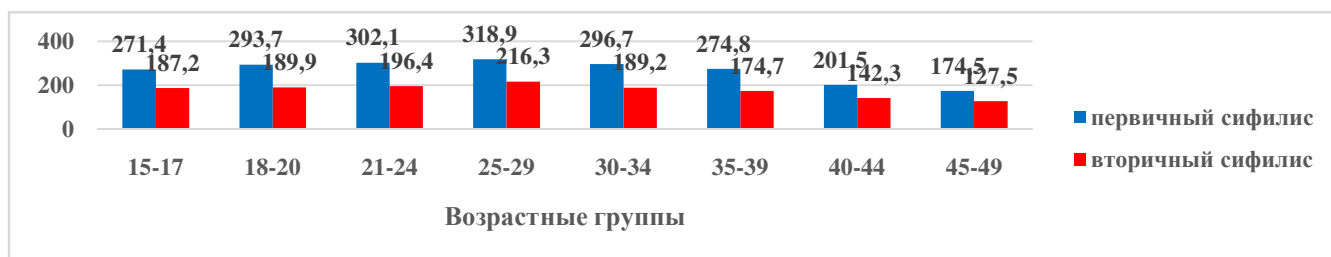


Рисунок 3.1.2- Уровень заболеваемости первичным и вторичным сифилисом среди женщин

в зависимости от возрастных особенностей контингента (на 100000 женщин)

Следует указать, что в период эпидемического роста заболеваемости сифилисом в 1997 году по республике (79,4 на 100 тыс. населения), данный показатель по г.Шымкент соответствовал 167,8 на 100 тыс. населения, В этом же году при средне-республиканском уровне заболеваемости гонорейной инфекцией (32,9 на 100 тыс. населения) в г.Шымкент заболеваемость достигла 81,5 на аналогичную численность населения. Причем величина показателя заболеваемости сифилисом по ЮКО в 1997 году превосходит аналогичный показатель 1990 года в 88 раз.

Принятым Постановлением 2001 года № 1122 утверждаемая Государственная программа по профилактике ВИЧ-инфекции/СПИДа, инфекций, передающихся половым путем на 2001-2005 гг., программы по борьбе с ИППП, направленных на раннее активное выявление больных (широкая «вассерманизация» в медицинских учреждениях, многократное обследование «декретированных» контингентов), позволили снизить уровень заболеваемости населения. Однако, несмотря на снижение уровня заболеваемости сифилисом в 2003 году по сравнению с 1997 годом в 3,5 раза по городу, высокие цифры по этой нозологии в сравнении с 1991 годом обусловлены ростом безработицы, интенсивной миграцией населения, изменением привычного образа жизни, проституцией, наркоманией, расширением рынка сексуальных услуг, что отражается на состоянии

инфекционной патологии населения, особенно на уровне заболеваемости социально значимыми инфекциями.

Изучение динамики заболеваемости первичным сифилисом в г.Шымкент показало, что по городу наибольший уровень показателя заболеваемости сифилисом зарегистрирован в 1996 году. По сравнению с 1995 годом (184,5 ‰) повышение уровня заболеваемости в 1996 году достигло до 368,3 на 100 тыс.населения, это в 2 раза больше, чем 1995 г.

Такой скачок можно объяснить миграцией населения в города из областей и развалом действующих ранее механизмов общественного контроля. Следует отметить, что изначально с 1994 года цифры по г.Шымкент были выше, чем общереспубликанские. И лишь в 2001 году произошла стабилизация процесса и показатель на 100 тыс.населения в г.Шымкент стал ниже, чем по республике - 61,6, г.Шымкент -52,6, в 2002 г.по республике -53,8, в г.Шымкент-41,3, в 2003 г.по республике-48,2, в г.Шымкент-41,8 . Это, видимо, объясняется тем, что в 2001 году была начата реализация программы по профилактике и борьбе с ИППП. Принимая во внимание общепринятое мнение, что сифилис является маркером ИППП, и повышение величины данного показателя свидетельствует о неблагополучной эпидемической ситуации.

На наш взгляд, предпосылкой развития эпидемии ИППП служит также рост гонорейной инфекции, наблюдающийся с 1994 года. Причем, если показатель заболеваемости гонореей по республике составлял 46,1 на 100 тыс.населения, то в г.Шымкент эта величина составила 128,8 на 100 тыс.населения (табл.3.1). Вместе с тем, каждый второй больной с гонореей по области проживал в г.Шымкент, что подчеркивает значимость мегаполиса в распространении ИППП в связи с тем, что этот город является не только центром культуры, образования, но и городом, где сконцентрированы уязвимые группы населения.

За анализируемые 3-летний период (2015-2017 годы), показатель заболеваемости гонореей в целом по области увеличился в 4 раза и по г. Шымкент в 7 раз, что свидетельствует об изначально высоком уровне этой патологии.

Достаточно четко сложившаяся корреляция между динамикой заболеваемости сифилисом и гонореей, прослеживаемая в течение последних двух десятилетий в Казахстане и других странах СНГ, получило свое отражение и при анализе заболеваемости проведенном нами. Соотношение уровня заболеваемости сифилисом и гонореей по области соответствует 1:2 в 2000 г. С 2001 года наблюдается обратная зависимость 1,6:1, в 2002 году 3,7:1 и в 2009 году данная пропорция равна 1,7:1. Если посмотреть на графическое изображение заболеваемости гонореей с 2000 по 2009 годы, следует отметить, что линия плавная без явных пиков и резких подъемов.

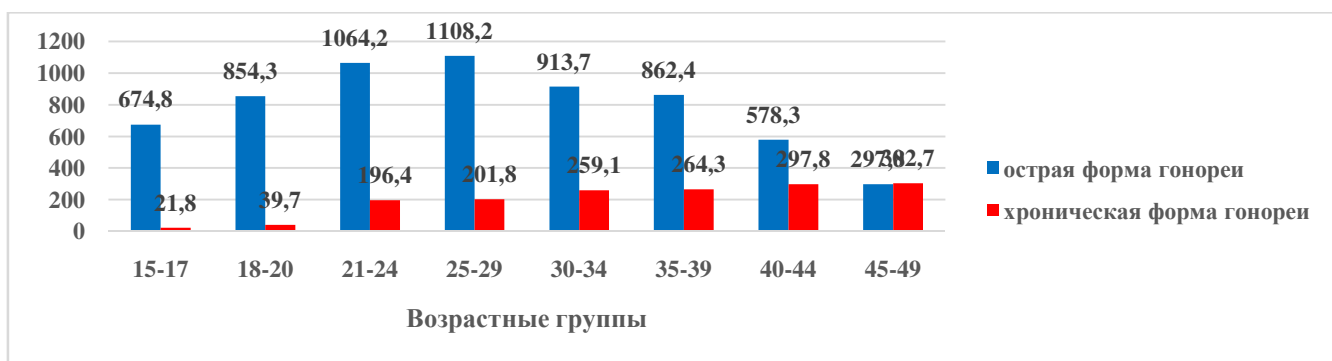


Рисунок 3.1.3 - Уровень заболеваемости острой и хронической формами гонорей среди женщин по возрастным группам (на 100000 населения)

Анализируя ситуацию по гонорее, мы видим, что уровень высок, причем, как и при сифилисе, абсолютный показатель в г.Шымкент превышает областные данные. При изначально высоком уровне 46,1 на 100 тыс. населения в 2000 г. идет снижения уровня до 2003г.- 32,9 и с 2004 г.возрастает от 36,3 до 48,3 на 100 тыс.населения в 2007г. после чего отмечается снижение уровня заболеваемости до 27,4 ‰ в 2009 году, что ниже показателя 2000 года (46,1 на 100 тыс.населения) в 1,7 раз, то есть темп убытия в среднем по области составил -3,9, а в г.Шымкент- 7,2%. Оценивая ситуацию по г.Шымкент надо отметить, что изначально в 2000 году был пик заболеваемости (128,8‰), что в 2,7 раз выше данного показателя в РК (46,1 ‰), то есть каждый второй

больной гонореей проживал в г.Шымкент.

Средний уровень заболеваемости острыми формами гонореи среди женщин составил 409 ‰, а наибольший уровень заболеваемости относится возрастной группе 25-29 лет, где уровень повышения составляет 1108,2 на 100 тыс. женщин данной возрастной группы. Наименьший показатель зарегистрирован в возрастной группе 44-49 лет 297,8 случая на 100 тыс. женщин этой группы. Особенностью заболеваемости является динамический рост показателя от возрастной группы 15-17 лет до 25-29 лет и такое же динамическое снижение, начиная с 25-29 лет до 44-49 лет. Аналогичной закономерности формирования хронических форм гонорейной инфекции не обнаружен. В возрастной группе 45-49 лет уровень заболеваемости хронической гонореей составил 302,7 на 100 тыс. населения, а в последующих возрастных группах в сторону снижения уровень заболеваемости составил от 297,8 ‰ до 21,8 ‰ при возрастной группе 15-17 лет.

С 2000 года идет главное снижение уровня заболеваемости до 2005 года (67,9). С 2006 года мы отмечаем подъем уровня заболеваемости до 74,7, в 1,1 раз по сравнению с 2005 годом. Причем этот показатель в г.Шымкент превышал областной показатель в 2 раза, т.е. каждый 3-й проживал в г.Шымкенте. С 2004 года уровень заболеваемости гонореей приобретает волнообразный характер со спадами в 2005 году до 66,1 и подъемом в 2006 до 71,9 и опять спадом до 56,9 ‰ в 2007 году. Причем абсолютные числа в 2007г. по г.Шымкент превышает областной уровень в 2 раза. Ситуация продолжает оставаться очень нестабильной.

Объяснение феномена изменения соотношения больных гонореей и сифилисом, наряду с абсолютным увеличением больных сифилисом (в 2,1 раз в 2008 году по сравнению с 2000 годом) связаны с влиянием ряда факторов на эпидемический процесс: лечение в коммерческих структурах и в других медицинских учреждениях без официальной регистрации больных, отсутствие динамического наблюдения за ними, бесконтрольное использование антибиотиков больными с ИППП.

Немаловажным моментом является почти двукратное увеличение

заболеваемости гонореей городских жителей над сельскими. Данный аспект отражает не только миграционные процессы населения (город- село), но и свидетельствует о необходимости проведения масштабного скрининга за больными ИППП (особенно групп риска) в условиях больших городов и областных центров.

С 2000 года среди женщин стали выявляться заболеваемость урогенитальным хламидиозом, а в последующие годы это заболевание приобрело эпидемический характер (рис.4). В настоящее время уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом стабилизировался на уровне 154,8 случаев на 100000 населения. Пик заболеваемости зарегистрирован в 2012 году и составила 232,3 случая на 100000 населения.

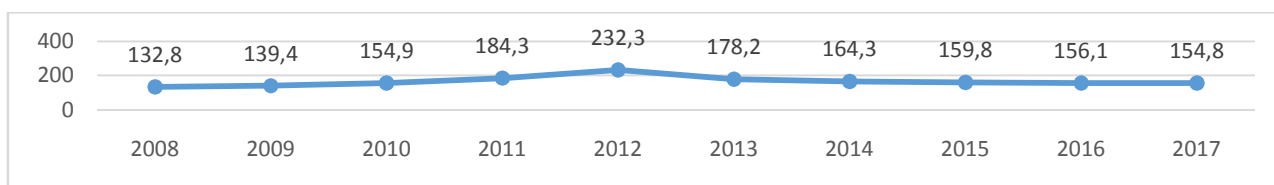


Рисунок 4 - Динамика уровня заболеваемости урогенитальным хламидиозом среди женщин за 2008-2017 годы

В последующие годы отмечается спад и нижняя граница динамики заболеваемости, отмеченная в 2017 году составила 154,8 ‰. По возрастным группам самой уязвимой оказались лица в возрасте 24-29 лет (рис.5). Уровень показателя заболеваемости у которых составил 418,3 случая на 100 тыс. обследованных женщин. Наименьший уровень заболеваемости установлен в возрасте 15-19 лет 72,9 ‰, остальные возрастные группы по уровню заболеваемости занимает срединное положение.

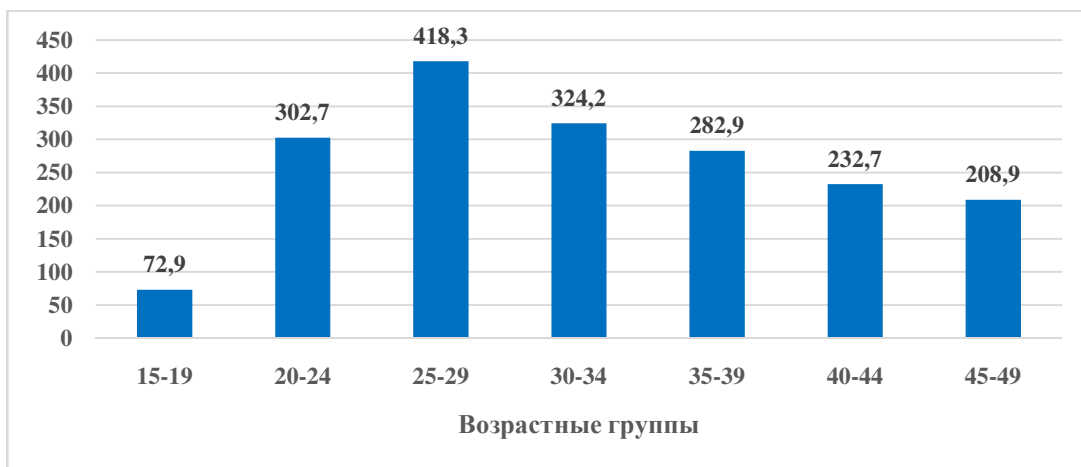


Рисунок 5 - Распространенность уrogenитального хламидиоза среди различных возрастных групп женщин в расчете на 100000 обследованного персонала

Таким образом, сбор и анализ данных о заболеваемости ИППП среди женщин в возрастном-половом аспекте позволил выявить группы риска по отношению ИППП. Случаи первичного сифилиса наиболее высоки в возрасте 18-44 лет, в отношении заболеваемости вторичного сифилиса - то же самое. Наиболее уязвимыми по гонорее оказались лица в возрасте от 18 до 35 лет и женщины старше 45 лет. Выявление групп лиц, наиболее уязвимых к ИППП, позволит практическому здравоохранению более целенаправленно проводить программу профилактики по отношению к ИППП, что приведет в конечном итоге к большей медико-социальной эффективности.

Таким образом, социально-экономические преобразования в обществе, нравственные последствия переходного периода на фоне продолжающейся эпидемии ИППП создают условия для сохранения напряженной ситуации по заболеваемости сифилисом, гонореей и уrogenитальным хламидиозом. Исследования, проведенные последние 5 лет указывают на стабилизацию уровня заболеваемости основными болезнями, относящийся к ИППП. Однако, относительно высокий уровень показателей заболеваемости болезнями ИППП требует активизации работы по профилактике, а также совершенствования организации первичной медико-санитарной помощи этому контингенту больных.

Раздел 4.0 Особенности и закономерности течения заболеваемости ИППП у женщин, состоящих на учете по беременности

На следующем этапе нашего исследования были выбраны женщины фертильного возраста, состоявшие на учете по беременности в период с 2015 по 2017 годы в городе Шымкент. Изучены их демографические показатели, а также распространенность ИППП с целью определения группы риска.

Анализ динамического ряда (табл.4) показал, что количество родов увеличивается по сравнению с 2007 годом к 2009 году в 1,6 раз. Однако, учитывая высокий уровень заболеваемости ИППП по республике, очень важно комплексное обследование женщин на ИППП во время беременности, которое включает бактериологические и бактериоскопические методы (ПЦР и ИФА).

Таблица 4 - Динамика родов в городе Шымкент

	2015	2016	2017
Роды	87	90	139
Абсолютный прирост	-	+3	+52
Темп прироста %	-	+3,4	+54,4
Темп роста %	-	103,4	154,4

Обращает на себя внимание очень низкий процент обследованных женщин методом ИФА и ПЦР. В 2014 году всего обследовано 5,7 % из всех беременных, в 2015 - 11,1%, в 2016 - 16,5%, 2017 - 19,1 (Рис.4.1). Хотя надо отметить, оставаясь низким, все же увеличивается число беременных, прошедших это обследование. На наш взгляд, уровень низкого обследования объясняется дороговизной данных методов, а также отсутствием настороженности у врачей-гинекологов по отношению к ИППП, так как за 3 семестра беременности можно было бы найти средства, учитывая то, что беременности желанные. Рассматривая ситуацию по срокам взятия женщин на учет по беременности (рис.4.2), следует обратить внимание на тот факт, что процент ранней явки на учет до 12 недель уменьшилось с 43% в 2015 году до 33,1% в 2017 году, а это именно то время, когда можно было бы, обследовав женщину и выявив ИППП, прервать беременность абортom. В

большинстве своем, беременные встают на учет в сроке от 12 до 30 недель, это связано с подворными обходами врачами на участке и выявлением беременных.

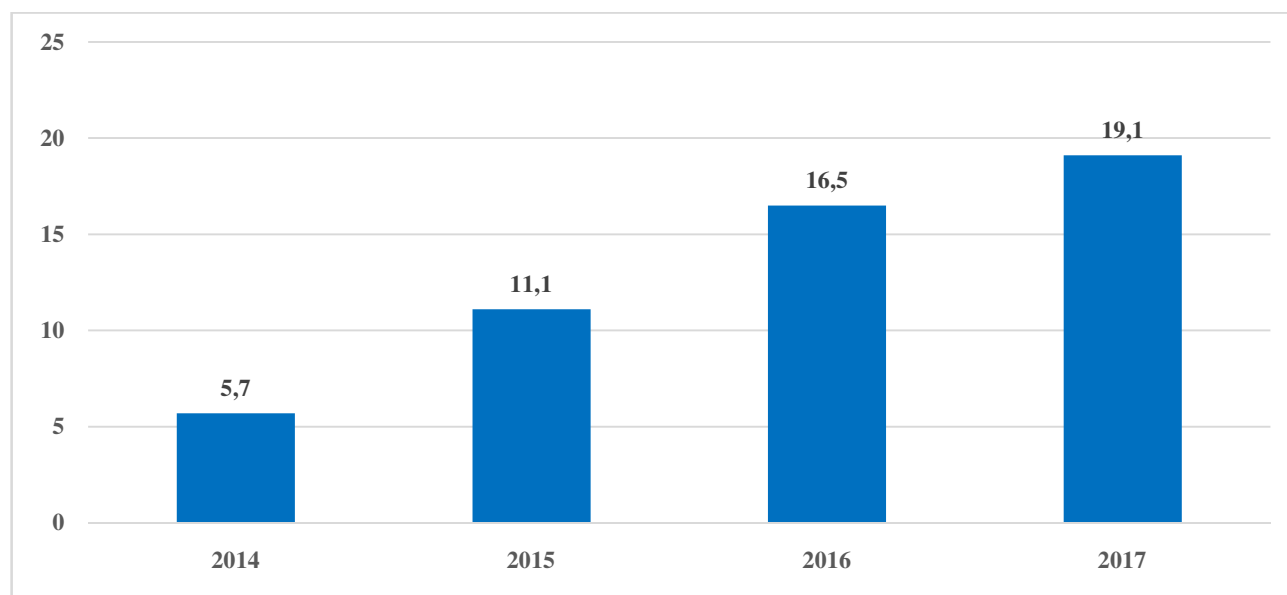


Рисунок 4.1 - Удельный вес обследованных женщин методами ИФА и ПЦР за 2014-2017 годы (%)

Поздняя явка усложняет ситуацию с выявлением ИППП, так как уже во время беременности приходится проводить лечение беременной и плоду, что отрицательно сказывается на течении беременности, а в дальнейшем и развитии плода. Особое внимание обращает на себя тот факт, что растет показатель поздней явки свыше 30 недель, в основном эту причину врачи перинатального центра объясняют миграцией женщин из села в город на роды, эта категория женщин даже если успевает пройти обследование, то по срокам не успевает пройти лечение УГИ и поступает на роды абсолютно неподготовленной, отсюда такие осложнения у новорожденных и родильниц. Процент явки на учет свыше 30 недель вырос с 2015 года -5,8% к 2017 году -12,2%, аж в 2,1 раза.

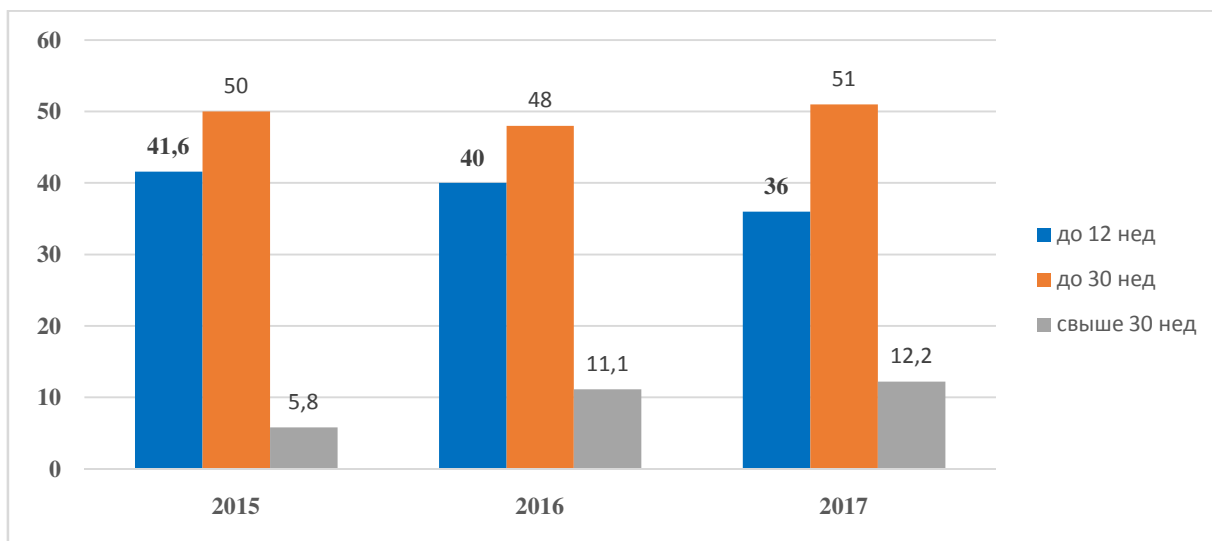


Рисунок 4.2 - Сроки явки беременных на учет, в процентах

При рассмотрении удельного веса исходов беременности (табл.4.1) следует отметить, что растет число преждевременных родов, родов путем кесарево сечения, смертностей новорожденных. Эти показатели напрямую связаны с ИППП, приводящей к осложнениям беременности и патологическим родам. Однако, показатель замершей беременности и прерывание по медицинским показаниям имеют тенденцию к снижению. Это свидетельствует о том, что происходит своевременное выявление инфекции до беременности и ее санация. Очень наглядно выглядит показатель выбывших беременных, он снизился с 13,8% в 2015 году до 4,3% в 2017 году. Отсюда следует, что женщины заинтересованы наблюдаться по месту жительства в перинатальном центре до окончания беременности и с обменной картой поступать на роды. Тем более, что наблюдение за беременными, приписанными к перинатальному центру и роды в роддоме по месту жительства бесплатны. Остается тревожным факт смерти новорожденных, который достиг в 2017 году 1,4%.

При анализе беременных обследованных на ИППП методом ИФА и ПЦР обращает на себя внимание, что все они закончили беременность срочными родами, и в структуре родов есть только роды путем кесарево сечение, однако и этот показатель имеет тенденцию к снижению (2015г.-20%, 2017г.-13%). (табл.4.2.1.)

Распределение по возрастным группам женщин, страдающих

ИППП, показывает, что лидирующее место среди беременных занимает возраст 20-29 лет- 55,2% в 2015 году, 73,3% в 2016 году, 64,7% в 2017 году. Второе место приходится на возраст от 30-39 лет в 2015 году- 32,2%, в 2016 году- 22,2%, в 2017 году- 29,4%. Следовательно, беременные этих групп уже только по возрасту входят в группу риска по ИППП, поэтому считается целесообразным при взятии на учет по беременности обязательное обследование на ИППП, так как в этом возрасте более часты осложнения беременности, родов и патологии новорожденных.

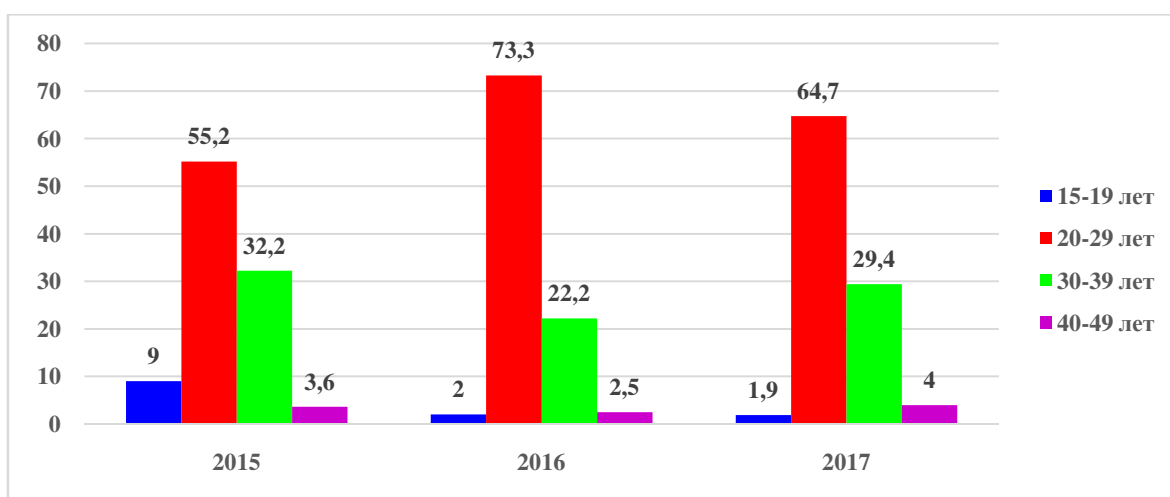


Рисунок 4.2.2 - Возрастная структура беременных перинатального центра

При рассмотрении этнического состава среди беременных перинатального центра (рис.4.2.3) преобладают казашки, они составляют 80,3%. Следует обратить внимание на тот факт, что на беременных узбекской национальности приходится 13,7% в 2015 году до 15,1% в 2017 году, другие национальности не превышают 6 %.

Исследование семейного положения беременных данной выборочной совокупности (316 женщин), выявило, что состоят в юридическом браке- 69,6%, в гражданском браке -25,7%, одиноких- 4,7%. Таким образом, наличие незарегистрированного брака, то есть юридически неоформленного служит, очевидно, одной из причин высокой частоты ИППП, данный факт

свидетельствует об отсутствии стабильности брака в некоторой степени и частоте смены половых партнеров.

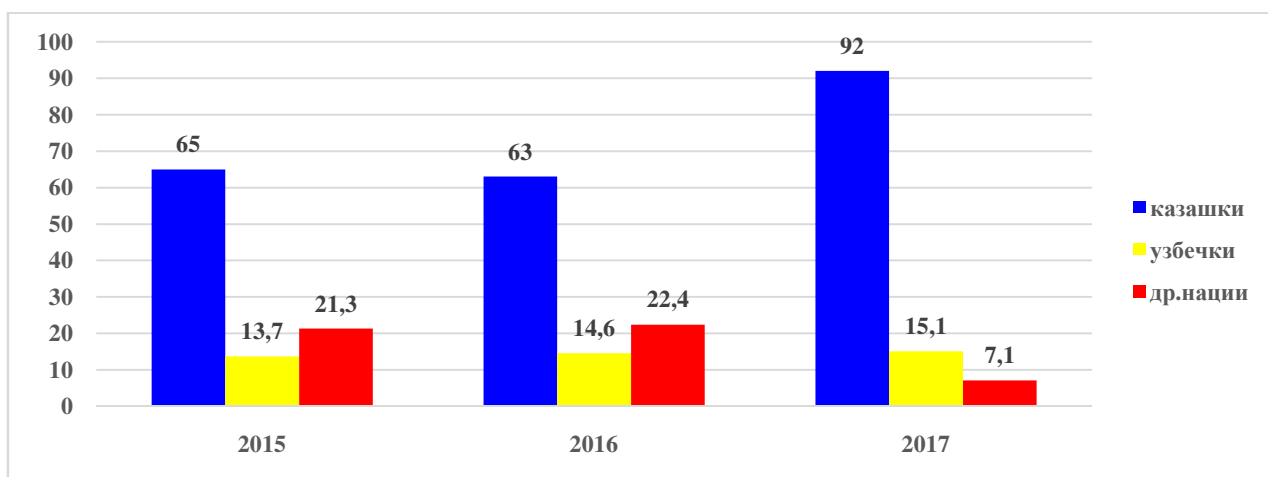


Рисунок 4.2.3 - Этнический состав беременных перинатального центра

Анализируя ситуацию по количеству браков надо отметить, женщины имели первый и второй брак. В первом браке состояло 86,7% беременных, во втором браке 13,3%.

Рассматривая место постоянного жительства, следует отметить большую миграцию беременных. Только 34,2 % беременных постоянно проживали с пропиской на данной территории. Прибыло во время беременности из других районов и областей республики, а также ближнего и дальнего зарубежья 35,4%, 30,4 % женщин проживали вообще без прописки, что делает затруднительным обращение в перинатальный центр и получение бесплатной медицинской помощи во время беременности. Причем каждая пятая из них ранее проживали в сельских местностях.

По уровню образования беременные распределились следующим образом: высшее образование имели 69%, среднее образование -31%. Однако надо отметить, что, имея высшее образование, работало всего 64,6% беременных, остальные 35,4% - домохозяйки. Из числа замужних беременных мужья работают у 58,2% беременных, у 41,8% мужья не работают. Причем семьи, где не работают оба супруга 18,7 % и они живут за счет родственников. Один работающий в семье у - 59,8% беременных. Таким образом, беременные являются социально неадаптированными и малообеспеченными людьми,

которых следует отнести к группе риска по распространению инфекций, передающихся половым путем, а трудности в материальном плане не дают возможности обследования на ИППП дорогими методами (ИФА, ПЦР), что в последующем сказывается на отсутствии лечения по поводу ИППП во время беременности и осложнениях беременности и родов.

В возрасте 20-29 лет начало половой жизни до 18 лет зарегистрировано среди 71,3 % беременных, составляющих данную группу. В возрастной группе 30-39 лет отмечено среди 58,6%.

Проанализированные нами особенности акушерского анамнеза предопределили: чем старше возраст, тем выше частота осложнений беременности и родов возрастной группы (таблица 4.5). Так, нами отмечены следующие особенности акушерского анамнеза, которые встречались чаще, чем другие в обследованных возрастных группах: угроза прерывания беременности ($305,8 \pm 15,7$), эрозия шейки матки ($188,1 \pm 2,9$), хроническое воспаление придатков матки ($187,1 \pm 15,9$), дородовое излитие околоплодных вод ($182,3 \pm 5,2$), бесплодие ($144,7 \pm 5,8$) (табл.4.5).

В результате опроса беременных все женщины имели знания об инфекциях, передающихся половым путем, причем 50,7% признались в том, что болели ИППП, 43,8 % из них могли предположить, когда произошло заражение.

Обследование выявило наличие моноинфекции только у 26,3 % беременных. Сочетание двух инфекций обнаружено у 32,9 % женщин. Максимальный удельный вес составил бактериальный вагиноз, обнаруженный в 84,5% случаях, урогенитальный кандидоз - в 73,7%, гарднереллез- 13,6%, токсоплазмоз-9,9%, аногенитальный герпес- в 5,4%, ЦМВ- 4,7%, уреоплазмоз- в 2,2%, трихомоноз - в 1,6%, хламидиоз- в 0,9%.

Таблица 4.5 - Частота акушерско-гинекологической патологии у беременных, болеющих ИППП (на 1000 женщин соответствующего возраста)

Особенности акушерско-гинекологического анамнеза	Беременные с ИППП				
	Возрастные группы				в среднем
	15-19	20-29	30-39	40-49 лет	
Эрозия шейки матки	182,1	186,5	189,4	194,4	188,1±2,9
Хроническое воспаление придатков матки	189,6	225,7	173,0	160,0	187,1±15,9
Бесплодие	119,7	126,9	109,7	102,8	144,7±5,8
Эндометрит	29,5	42,0	41,2	35,0	36,9±3,0
Самопроизвольные аборты	62,4	72,8	75,9	81,1	73,1±4,5
Внематочная беременность	18,6	20,9	21,1	27,8	22,1±2,2
Неразвивающаяся беременность	9,6	10,2	11,5	13,9	11,3±1,0
Преждевременные роды	67,1	74,1	80,2	83,3	76,2±3,9
Истмико- цервикальная недостаточность	82,7	95,1	103,9	111,1	98,2±6,9
Угроза прерывания	276,9	295,1	309,3	341,7	305,8±15,7
Дородовое излитие околоплодных вод	173,1	175,0	186,8	194,4	182,3±5,2
Слабость родовых сил	30,2	28,8	31,7	41,7	33,1±3,1
Другие особенности отягощенного акушерско- гинекологического анамнеза	116,9	119,5	124,4	136,1	124±9,3

Сочетание трех инфекций установлено у 34,3% больных, при этом чаще диагностирован бактериальный вагиноз (82,1%), урогенитальный кандидоз (69,2 %), гарднереллез (11,4%), ЦМВ (3,9%), в меньшей степени - аногенитальный герпес (2,8%), хламидиоз (1,2%), трихомоноз (1,1%), уреаплазмоз (0,8%).

Сочетание четырех и более инфекций были установлены у 6,5% беременных, при этом чаще всего встречались сочетания урогенитального кандидоза (62,1%) с разными другими инфекциями: гарднереллеза (14,6%), хламидиоза (3,3%), трихомоноза (2,4%), ЦМВ (1,9%), аногенитального герпеса (6,9%).

**Таблица 4.6 - Показатели распространенности ИППП среди беременных
(на 1000 женщин соответствующей группы)**

Наименование инфекций	Беременные
Бактериальный вагиноз	844,9
Урогениальный кандидоз	737,3
Гарднереллез	136,1
Герпетическая инфекция	53,8
Уреаплазмоз	22,2
Трихомониаз	15,8
Токсоплазмоз	9,5
Хламидиоз	9,5
Цитомегаловирусная инфекция	4,7

В общей структуре инфицированности при различных сочетаниях инфекций, передаваемых половым путем, у беременных чаще всего диагностирован бактериальный вагиноз, урогениальный кандидоз, гарднереллез, аногенитальный герпес, уреаплазмоз, трихомоноз, хламидиоз и токсоплазмоз (табл.4.6).

Таким образом, нами выделена группа риска по ИППП: беременные 20-29 лет (55,2%), состоящие в незарегистрированном браке (30,4%), с началом половой жизни до 18 лет (71,3%), поздно вставшие на учет по беременности свыше 30 недель (12,21%), мигрирующие (65,8%).

Проведенный нами расчет заболеваемости ИППП среди беременных позволяет сделать заключение о неоднозначности эпидемиологической ситуации в целом относительно ИППП. Несомненно, неудовлетворительная диагностика ИППП определяют стратегию дальнейшего развития лабораторной службы в отношении выявления ИППП и предусматривает проведение комплексных противоэпидемических мероприятий, включающих обследование, лечение и реабилитацию больных с ИППП.

Репродуктивное здоровье является одним из важнейших показателей состояния здоровья населения и индикатором потенциальных возможностей общества, что определяет высокий приоритет его сохранения и укрепления в стратегическом планировании и государственной политике.

Широкое распространение ИППП сопряжено с отсутствием жесткого контроля за больными, являющимися источниками инфицирования, снижение качества и сокращение контингентов населения, подлежащих медицинским осмотрам, неудовлетворительным уровнем санитарно-просветительной работы.

В тоже время проведение медицинских осмотров и углубленное обследование женщин позволяет выявлять не только больных с манифестными, но и скрытыми формами ИППП. Углубленный осмотр акушера-гинеколога позволяет выявлять случаи заболеваний, с которыми женщины не обращаются самостоятельно в лечебно-профилактические учреждения.

Раздел 4.1 Характеристика показателей потенциальной демографии

Сегодня система здравоохранения большинства стран мира столкнулась с небывалым ростом безработицы, бедности, возрастающим числом экологическим и экономических беженцев, распадом систем социальной защиты, резким сокращением доли расходов на здравоохранение, что негативно влияет на здоровье населения. Поэтому правительства многих стран занялись реформированием систем здравоохранения в плане достаточного финансирования, укрепления здоровья и оптимизации социального статуса.

По данным ВОЗ (WHO, 2001) ожидаемая продолжительность здоровой жизни при рождении в Центрально-Азиатских республиках представлена в таблице 4. Из данной таблицы видно, что Казахстан занимает ранговое место и для женщин этот показатель равен 58,4 лет. Если же рассматривать, сколько же женщин теряет здоровой жизни из-за заболевания, то Казахстан выходит на первое место- показатель составляет 10,6 лет, в течение жизни женщина теряет молодых активных лет в результате заболеваний и поэтому продолжительность здоровой жизни сокращается у женщин до 47,8 лет. Доля потерянных лет здоровой жизни составляет 15,3 %.

Особо следует отметить проблему расчета предотвратимых потерь потенциала и активности жизни, размеры которой определяются качеством жизни, эффективностью мер первичной и вторичной профилактики, уровнем доступности высокотехнологичной медицинской помощи, качеством деятельности медицинских служб, специализированных медицинских служб, а

также объемом и качеством ресурсов, которыми они располагают. Размеры этих потерь могут измеряться на основе разницы их величин по некоторым классам болезней и маркерным заболеваниям по временным интервалам как внутри страны, так и по разнице потерь между странами.

Год жизни с поправкой на нетрудоспособность DALY- единица измерения глобального бремени болезней и эффективности деятельности здравоохранения, созданная для определения тяжести последствий данного заболевания для общества. Расчет производится путем суммирования двух компонентов - потерянных лет жизни (смертность) и лет прожитых в состоянии инвалидности и нетрудоспособности.

Нами был вычислен показатель потери трудового потенциала для ИППП (табл. 4.9). Как видно из таблицы, для каждой нозологической формы ИППП было определено среднее число дней нетрудоспособности в год по больничным листам (Дмитриев В.И. с соавт., 2006).

Из этих данных вычислили общее среднее число дней нетрудоспособности для всех форм ИППП, что составило $32,8 \pm 9,1$ дней в год на больного человека.

Соответственно, число человеко-лет несостоявшейся трудовой деятельности в результате заболеваемости с временной утратой трудоспособности для всех форм ИППП составил $0,090 \pm 0,025$ человеко-лет.

Исходя из этих данных, был произведен расчет потери трудового потенциала на тысяча человеко-лет, необходимый для расчета экономических потерь заболеваемости с временной утратой трудоспособности (90 ± 25).

Особый интерес представляют данные расчета экономических потерь, связанных с утратой трудового потенциала в результате отрицательных исходов заболеваемости (временная утрата трудоспособности), которые демонстрируют экономическое значение сохранения здоровья и опровергают расхожее отношение к медицине и здравоохранению как к непроизводительной сфере. В этих целях была использована величина произведенного внутреннего продукта за год и число работающих в год (2404,9 тыс. человек). На основании этих данных был рассчитан ВВП, приходящийся на 1 человека в год (78 894,3

миллиарда тенге). Умножая эту величину на потери трудового потенциала вследствие временной нетрудоспособности (на тыс. человека- лет), получаем результаты экономических потерь в год в миллионах тенге.

При заболеваниях ИППП отсутствует официальная информация о преждевременной смертности и инвалидности. Соответственно, потери, обусловленные только числом дней нетрудоспособности, не отражают все потери общества.

Однако, зная интенсивный показатель заболеваемости по ИППП и численность населения в конкретном регионе можно рассчитать общее количество потерянных лет трудовой жизни (табл.5).

Из данных таблицы видно, что по городу Шымкент только по трем нозологическим формам потеря трудового потенциала составила 282,4 года на 3744 больных людей. По результатам вышеприведенного можно вычислить экономические потери, обусловленные заболеваемостью с временной утратой трудоспособности (табл.6), экономические потери от трех видов заболевания составили 36 миллионов 323 тысячи тенге в год.

Таблица 5 - Показатели заболеваемости и потери трудового потенциала за 2017 г. по городу Шымкент

№	нозология	2009г.	Абс.число больных	Потери трудового потенциала		
				чел.-лет	лет	на тыс. чел.- лет
1.	Сифилис на 100 тыс.	33,4	1674	0,070	117,2	70,0
2.	Гонорея на 100 тыс.	29,9	1498	0,079	118,3	79,0
3.	Общее количество ВИЧ-	572	572	0,082	46,9	82,0
			$\Sigma=3744$		$\Sigma=282,4$	

Таким образом, оценка экономических потерь, связанных с заболеваемостью и ее исходами, должна стать инструментом расчета программ борьбы с отдельными видами болезней и оценки эффективности реализации этих программ, как в социальном, так и в экономическом аспектах.

Данные о различии заболеваемости, обращаемости населения за медицинской помощью и затрат на ее оказание являются основой расчета потребных ресурсов программы государственных гарантий медицинской помощи.

При лечении смешанных генитальных инфекций, в настоящее время общепризнано, что терапия должна быть прямо направлена против аэробного и анаэробного компонентов полимикробной флоры, которую чаще всего выделяют у больных с инфекциями малого таза.

Требования к препаратам, применяемым для их лечения, достаточно высоки. Во-первых, неудачи в лечении распространенных социально опасных заболеваний неприемлемы; во-вторых, лечение должно быть эффективным независимо от того, где оно проводится (стационарах).

Требования ВОЗ к препаратам для лечения ИППП:

- эффективность не ниже 95%;
- доступность;
- низкая токсичность и хорошая переносимость;
- медленное развитие устойчивости возбудителя к применяемым лекарственным средствам;
- возможность снижения кратности приема;
- возможность перорального применения;
- возможность использования во время беременности и лактации.

Таблица 6 - Экономические потери от заболеваемости с временной утратой трудоспособности

№	Нозология	Потери	ВВП (чел.	Экономические потери
		трудо­вого потен­циала	год).	
		(тыс.чел.-лет)	(тыс.тенге)	(тыс.тенге)
1.	Сифилис	70,0	154,7	11025,0
2.	Гонорея	79,0	154,7	12445,5
3.	ВИЧ-	82,0	154,7	12852,5

				$\Sigma = 36323,0$
--	--	--	--	--------------------

Заключение

За последние годы как в мире, так и в нашей стране быстрыми темпами растет уровень заболеваний инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), в связи широким распространением среди всех групп населения. По данным отечественных и зарубежных ученых, воспалительные заболевания уrogenитального тракта, обусловленные ИППП, прежде всего поражают людей репродуктивного возраста.

Данные отдельных авторов показывают, что за последние 10 лет уровень заболеваемости ИППП вырос почти на 10%. Наше государство продекларировало охрану матери и ребенка как приоритетное направление. Так, ухудшение состояния женщин репродуктивного возраста представляет угрозу национальной безопасности. Все вышеуказанное, по существу, определяет дальность исследований, направленных на совершенствование методов профилактики ИППП среди женщин.

Настоящая работа охватила период с 2015 по 2017 годы и осуществлена на основе программы, учитывавшей весь спектр задач, поставленных перед исследовательской работой. Базой исследования были выбраны медицинские организации первичной медико-санитарной помощи (ПМСП) г.Шымкент, оказывающие акушерско-гинекологические услуги больным женщинам инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП).

При планировании, организации и проведении научного изыскания нами использованы ретроспективные и проспективные способы сбора материала. Применялись описательные (дескриптивные) и аналитические (модели множественной логической регрессии) методы исследования. Также использованы современные количественные методы, такие как статистическое моделирование с помощью стандартных статистических формул.

Объектом исследования служили женщины г. Шымкент, проживающие на территории, обслуживаемой Областным дерматовенерологическим диспансером, и были подразделены на следующие возрастные группы: первая

группа 15-19 лет; вторая 20-29 лет ; третья 30-39 лет; четвертая 40-49 лет.

Для оценки уровня, структуры, тенденции и значимых особенностей распространения ИППП среди женщин проведена выкопировка из архивных данных Обласного дерматовенерологического диспансера, и проанализированы карты женщин, состоящих на учете за период с 2015 по 2017 гг. Также составлена анкета медико-организационного исследования женщин с ИППП.

Проведено анкетирование 500 женщин по выявлению доступности первичной медико-санитарной помощи и эффективности медицинского обслуживания.

Анализ заболеваемости представлен как показателями основных венерических заболеваний (сифилис, гонорея, трихомониаз), так и инфекциями «нового поколения» (гарднереллез, уреаплазма, микоплазма, хламидии, герпес, грибковая инфекция).

Идентификация диагнозов основывалась на Международной классификации болезней десятого пересмотра (1999).

В целях характеристики распределения признаков в совокупности, а также сравнения в ходе анализа разных совокупностей вычислялись интенсивные и экстенсивные показатели.

Данные о численности населения по возрасту и этническому составу заимствованы из данных Областного медико-информационного центра (ОМИЦ), а также из отчетов по приписному населению.

Роль отдельных причин в формировании заболеваемости населения ИППП выяснилась следующими вычислениями:

- коэффициент корреляции Пирсона;
- степень достоверности различий двух показателей определялась по критерию Стьюдента (t);
- оценка величин (t) осуществлялась с помощью таблиц стандартов, критерием достоверности выбран 95,0- 99,9 % или $p < 0,05; 0,01; 0,001$.

Проведен ретроспективный на глубину в 3 лет (2015-2017 гг.) анализ заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в

г.Шымкент. Изучены группы лиц, наиболее уязвимых в отношении ИППП, впервые данные о заболеваемости основных ИППП отображены в возрастном-половом аспекте на 100 тысяч соответствующего населения. Для проведения прогнозирования был применен метод временного тренда, основанный на выравнивании многолетних динамических рядов.

В стране произошло смещение от предоставления услуг отдельным категориям населения к оказанию услуг по принципу семейной практики с акцентом на профилактику заболеваний и укрепления здоровья приписанного населения, что способствовало улучшению качества услуг здравоохранения.

Несмотря на это, уровень ежегодно регистрируемой заболеваемости ИППП остается высоким. В ЮКО в 2017 году заболеваемость сифилисом составила 31,2 ‰, гонореей- 27,4‰ соответственно.

Учитывая значимость распространенности ИППП в республике, получивших признаки эпидемического процесса в середине 90-х годов прошедшего столетия, на наш взгляд, интересным в научном плане является ретроспективный и сравнительный анализ заболеваемости ИППП за период 2015-2017 годы, в целом, по республике и по г.Шымкент, который является крупным мегаполисом с выраженной инфраструктурой и развитием устоявшихся отношений в области сексуального бизнеса с вовлечением социально неадаптированных и малообеспеченных категорий молодежи, склонных к асоциальному поведению.

Анализ заболеваемости населения сифилисом в период 2008-2017 годы по Шымкенту свидетельствует об обострении эпидемической ситуации в 2008-2009 годах и снижении уровня заболеваемости в последующие годы .

В последние 10 лет во всех возрастных группах женщин сохраняется относительно высокий уровень заболеваемости первичного сифилиса. Средний уровень заболеваемости первичного сифилиса в возрастной группе 15-17 лет составил 271,4 случая на 100 тыс. подростков этого возраста. Самый высокий уровень первичного сифилиса среди женщин был зарегистрирован в возрастной группе 25-29 лет - 318,9 случая на 100 тыс. населения этой возрастной группы.

В последующих возрастных группах относительно постепенное снижение

уровня заболеваемости от 296,7 до 174,5‰. Аналогичная картина наблюдается по вторичному сифилису. Самые высокие цифры заболеваемости в возрастной группе 25-29 лет (216,3), самые низкие в возрастной группе 45-49 лет - 127,5 случая на 100 тыс. населения этой возрастной группы.

Следует указать, что в период эпидемического роста заболеваемости сифилисом в 1997 году по республике (79,4 на 100 тыс. населения) данный показатель по г.Шымкент соответствовал 167,8 на 100 тыс. населения, В этом же году при среднереспубликанском уровне заболеваемости гонорейной инфекцией (32,9 на 100 тыс. населения) в г.Шымкент заболеваемость достигла 81,5 на аналогичную численность населения. Причем величина показателя заболеваемости сифилисом по ЮКО в 1997 году превосходит аналогичный показатель 1990 года в 88 раз.

На наш взгляд, предпосылкой развития эпидемии ИППП служит также рост гонорейной инфекции, наблюдающийся с 1994 года. Причем, если показатель заболеваемости гонореей по республике составлял 46,1 на 100 тыс. населения, то в г.Шымкенте эта величина составила 128,8 на 100 тыс. населения. Вместе с тем, каждый второй больной с гонореей по области проживал в г.Шымкент, что подчеркивает значимость мегаполиса в распространении ИППП в связи с тем, что этот город является не только центром культуры, образования, но и городом, где сконцентрированы уязвимые группы населения.

За анализируемый 3-летний период (2015-2017 годы) показатель заболеваемости гонореей в целом по области увеличился в 4 раза и по г. Шымкент - в 7 раз, что свидетельствует об изначально высоком уровне этой патологии.

Достаточно четко сложившаяся корреляция между динамикой заболеваемости сифилисом и гонореей, прослеживаемая в течение последних двух десятилетий в Казахстане и других странах СНГ, получило свое отражение и при анализе заболеваемости, проведенном нами. Соотношение уровня заболеваемости сифилисом и гонореей по области соответствует 1:2 в 2008 г. С 2008 года наблюдается обратная зависимость 1,6:1, в 2009 году 3,7:1 и

в 2010 году данная пропорция равна 1,7:1. Если посмотреть на графическое изображение заболеваемости гонореей с 2008 по 2017 годы, следует отметить, что линия плавная без явных пиков и резких подъемов.

Анализируя ситуацию по гонорее, мы видим, что уровень высок, причем, как и при сифилисе, абсолютный показатель в г.Шымкент превышает областные данные. При изначально высоком уровне 46,1 на 100 тыс. населения в 2008 г. идет снижение уровня до 2011г.- 32,9 и с 2012 г.возрастает от 36,3 до 48,3 на 100 тыс.населения в 2015 г. после чего отмечается снижение уровня заболеваемости до 27,4 ‰ в 2017 году, что ниже показателя 2008 года (46,1 на 100 тыс.населения) в 1,7 раз, то есть темп убытия в среднем по области составил 3,9, а в г.Шымкент- 7,2%. Оценивая ситуацию по г.Шымкент, надо отметить, что изначально в 2008 году был пик заболеваемости (128,8‰), что в 2,7 раз выше данного показателя в РК (46,1 ‰), то есть каждый второй больной гонореей проживал в г.Шымкент.

Средний уровень заболеваемости острыми формами гонореи среди женщин репродуктивного возраста составил 409 ‰, а наибольший уровень заболеваемости относится возрастной группе 25-29 лет, где уровень повышения составляет 1108,2 на 100 тыс.женщин данной возрастной группы. Наименьший показатель зарегистрирован в возрастной группе 44-49 лет 297,8 случая на 100 тыс.женщин этой группы. Особенностью заболеваемости является динамический рост показателя от возрастной группы 15-17 лет до 25-29 лет и такое же динамическое снижения начиная 25-29 лет до 44-49 лет. Аналогичные закономерности формирования хронических форм гонорейной инфекции не обнаружен. Возрастной группе 45-49 лет уровень заболеваемости хронической гонореей составил 302,7 на 100 тыс.населения, а в последующих возрастных группах в сторону снижения уровеньзаболеваемости составил от 297,8 ‰ до 21,8 ‰ при возрастной группе 15-17 лет.

С 2008 года идет главное снижение уровня заболеваемости до 2013 года (67,9). С 2014 года мы отмечаем подъем уровня заболеваемости до 74,7, в 1,1 раз по сравнению с 2013 годом. Причем этот показатель в г.Шымкент превышал областной показатель в 2 раза, т.е. каждый 3-й проживал в

г.Шымкенте. С 2012 года уровень заболеваемости гонореей приобретает волнообразный характер со спадами в 2013 году до 66,1 и подъемом в 2014 до 71,9 и опять спадом до 56,9‰ в 2015 году. Причем абсолютные числа в 2015г. по г.Шымкент превышает областной уровень в 2 раза. Ситуация продолжает оставаться очень нестабильной.

Объяснение феномена изменения соотношения больных гонореей и сифилисом, наряду с абсолютным увеличением больных сифилисом (в 2,1 раз в 2016 году по сравнению с 2009 годом) связаны с влиянием ряда факторов на эпидемический процесс: лечение в коммерческих структурах и других медицинских учреждениях без официальной регистрации больных, отсутствие динамического наблюдения за ними, бесконтрольное использование антибиотиков больными с ИППП.

Немаловажным моментом является почти двукратное увеличение заболеваемости гонореей городских жителей над сельскими. Данный аспект отражает не только миграционные процессы населения (город- село), но и свидетельствует о необходимости проведения масштабного скрининга за больными ИППП (особенно групп риска) в условиях больших городов и областных центров.

С 1990 года среди женщин стала выявляться заболеваемость урогенитальным хламидиозом, а последующие годы это заболевание приобрело эпидемический характер (рис.4). В настоящее время уровень заболеваемости урогенитальным хламидиозом стабилизировался на уровне 154,8 случаев на 100000 населения. Пик заболеваемости зарегистрирован в 2004 году и составила 232,3 случая на 100000 населения. В последующие годы отмечается спад и нижняя граница динамики заболеваемости, отмеченная в 2009 году составила 154,8 ‰. По возрастным группам самой уязвимой оказались лица в возрасте 24-29 лет (рис.5), уровень показателя заболеваемости у которых составил 418,3 случая на 100 тыс. обследованных женщин. Наименьший уровень заболеваемости установлен в возрасте 15-19 лет 72,9 ‰, остальные возрастные группы по уровню заболеваемости занимают срединное положение.

Таким образом, сбор и анализ данных о заболеваемости ИППП среди

женщин в возрастно-половом аспекте позволил выявить группы риска по отношению к ИППП. Случаи первичного сифилиса наиболее высоки в возрасте 18-44 лет, в отношении заболеваемости вторичного сифилиса то же самое. Наиболее уязвимыми по гонорее оказались лица в возрасте от 18 до 35 лет и женщины старше 45 лет. Выявление групп лиц, наиболее уязвимых к ИППП, позволит практическому здравоохранению более целенаправленно проводить программу профилактики по отношению к ИППП и приведет в конечном итоге к большей медико-социальной эффективности.

Таким образом, социально-экономические преобразования в обществе, нравственные последствия переходного периода на фоне продолжающейся эпидемии ИППП создают условия для сохранения напряженной ситуации по заболеваемости сифилисом, гонореей и урогенитальным хламидиозом. Исследования, проведенные последние 5 лет показывают о стабилизации уровня заболеваемости основными болезнями, относящимися к ИППП.

На следующем этапе нашего исследования были выбраны женщины, состоявшие на учете по беременности в период с 2015 по 2017 годы в городе Шымкент. Изучены их демографические показатели, а также распространенность ИППП с целью определения группы риска.

Анализ динамического ряда показал, что количество родов увеличивается: по сравнению с 2015 годом к 2017 году в 1,6 раз. Однако учитывая высокий уровень заболеваемости ИППП по республике, очень важно комплексное обследование женщин на ИППП во время беременности, которое включает бактериологические и бактериоскопические методы (ПЦР и ИФА).

Обращает на себя внимание очень низкий процент обследованных женщин методом ИФА и ПЦР, в 2015 году всего обследовано 5,7 % из всех беременных, в 2016- 11,1%, в 2017 -16,5%, хотя надо отметить, оставаясь низким, все же увеличивается число беременных, прошедших это обследование. На наш взгляд, уровень низкого обследования объясняется дороговизной данных методов, а также отсутствием настороженности у врачей-гинекологов по отношению к ИППП, так как за 3 семестра беременности можно было бы найти средства, учитывая то, что беременности желанные.

Рассматривая ситуацию по срокам взятия женщин на учет по беременности, следует обратить внимание на тот факт, что процент ранней явки на учет до 12 недель уменьшилось с 43% в 2015 года до 33,1% в 2017 году, а это именно то время, когда можно было бы, обследовав женщину и выявив ИППП, прервать беременность абортom. В большинстве своем беременные встают на учет в сроке от 12 до 30 недель, это связано с подворными обходами врачами на участке и выявлением беременных. Поздняя явка усложняет ситуацию с выявлением ИППП, так как уже во время беременности приходится проводить лечение беременной и плоду, что отрицательно сказывается на течении беременности, а в дальнейшем и развитии плода. Особое внимание обращает на себя тот факт, что растет показатель поздней явки свыше 30 недель, в основном эту причину врачи объясняют миграцией женщин из села в город на роды, эта категория женщин даже если успевает пройти обследование, то по срокам не успевает пройти лечение УГИ и поступает на роды абсолютно неподготовленными, отсюда такие осложнения у новорожденных и родильниц. Процент явки на учет свыше 30 недель вырос с 2015 года 5,8% к 2017 году 12,2%, аж в 2,1 раза.

При рассмотрении удельного веса исходов беременности следует отметить, что растет число преждевременных родов, родов путем кесарева сечения, смертностей новорожденных. Эти показатели напрямую связаны с ИППП, приводящей к осложнениям беременности и патологическим родам.

Распределение по возрастным группам женщин, страдающих ИППП, показывает, что лидирующее место среди беременных занимает возраст 20-29 лет- 55,2% в 2015 году, 73,3% в 2016 году, 64,7% в 2017 году. Второе место приходится на возраст 30-39 лет в 2015 году- 32,2%, в 2016 году- 22,2%, в 2017 году- 29,4%. Следовательно, беременные этих групп уже только по возрасту входят в группу риска по ИППП, поэтому считается целесообразным при взятии на учет по беременности обязательное обследование на ИППП, так как в этом возрасте более часты осложнения беременности, родов и патологии новорожденных.

При рассмотрении этнического состава среди беременных

перинатального центра преобладают казашки, они составляют 80,3%. Следует обратить внимание на тот факт, что на беременных узбекской национальности приходится 13,7% в 2015 году до 15,1% в 2017 году, другие национальности не превышают 6 %.

Исследование семейного положения беременных данной выборочной совокупности (316 женщин) выявило, что состоят в юридическом браке- 69,6%, в гражданском браке -25,7%, одиноких- 4,7%. Таким образом, наличие незарегистрированного брака, то есть юридически неоформленного служит, очевидно, одной из причин высокой частоты ИППП. Данный факт свидетельствует об отсутствии стабильности брака в некоторой степени и частоте смены половых партнеров.

Анализируя ситуацию по количеству браков надо отметить, женщины имели первый и второй брак. В первом браке состояло 86,7% беременных, во втором браке 13,3%.

Рассматривая место постоянного жительства, следует отметить большую миграцию беременных. Только 34,2 % беременных постоянно проживали с пропиской на данной территории. Прибыло во время беременности из других районов и областей республики, а также ближнего и дальнего зарубежья 35,4% и 30,4 % женщин проживали вообще без прописки, что делает затруднительным обращение в перинатальный центр и получение бесплатной медицинской помощи во время беременности. Причем каждая пятая из них ранее проживала в сельской местности.

По уровню образования беременные распределились следующим образом: высшее образование имели 69%, среднее образование -31%. Однако надо отметить, что, имея высшее образование, работало всего 64,6% беременных, остальные 35,4% - домохозяйки. Из числа замужних мужья работают у 58,2% беременных, у 41,8% - мужья не работают. Причем, семьи, где не работают оба супруга 18,7 %, и живут они за счет родственников. Один работающий в семье - у 59,8% беременных. Таким образом, беременные являются социально неадаптированными и малообеспеченными людьми, которых следует отнести к группе риска по распространению инфекций,

передающихся половым путем, а трудности в материальном плане не дают возможности обследования на ИППП дорогими методами (ИФА, ПЦР), что в последующем сказывается на отсутствии лечения по поводу ИППП во время беременности и осложнениях беременности и родов.

Нами был вычислен показатель потери трудового потенциала для ИППП. Как видно из таблицы, для каждой нозологической формы ИППП было определено среднее число дней нетрудоспособности в год по больничным листам.

При заболеваниях ИППП отсутствует официальная информация о преждевременной смертности и инвалидности. Соответственно, потери, обусловленные только числом дней нетрудоспособности, не отражают все потери общества.

Однако, зная интенсивный показатель заболеваемости по ИППП и численность населения в конкретном регионе, можно рассчитать общее количество потерянных лет трудовой жизни.

Из данных таблицы видно, что по городу Шымкент только по трем нозологическим формам потеря трудового потенциала составила 282,4 года на 3744 больных людей. По результатам вышеприведенного можно вычислить экономические потери, обусловленные заболеваемостью с временной утратой трудоспособности. Экономические потери от трех видов заболевания составили 36 миллионов 323 тысячи тенге в год.

Выводы

1. Несмотря на улучшение качества оказания медицинской помощи, с переходом на принципы семейной практики с акцентом на профилактику заболевания, уровень заболеваемости ИППП продолжает оставаться на высоком уровне как в городской, так и в сельской местности Южно-Казахстанской области.

В возрастных группах женщин уровень первичного сифилиса составляет в настоящее время 34,2 случая на 100 тыс. женщин данного возраста. При этом наиболее высокий уровень первичного сифилиса зафиксирован в возрастной группе 25-29 лет- 318,9 случая на 100 тыс. населения этой возрастной группы. Аналогичная картина наблюдается по вторичному сифилису и составляет 216,3 ‰. Самые низкие уровни заболеваемости в возрастной группе 45-49 лет - 127,5 случая на 100 тыс. населения этой возрастной группы.

2. Имеется четкая корреляционная связь между динамикой заболеваемости сифилисом и гонореей. Соотношения уровня сифилисом и гонореей по ЮКО составляет 1,7:1.

Наибольший уровень заболеваемости острыми формами гонореи установлен в возрастной группе 25-29 лет (1108,2 ‰), а наименьший в возрастной группе 45-49 лет - (297,8 ‰). Особенностью заболеваемости гонореи является динамический рост показателя от возрастной группы с 15- 17 лет до 29 лети динамическое снижение от 29 лет до 49 лет.

3. Основными причинами хронизации болезней, относящихся к ИППП, является низкая и несвоевременная выявляемость из-за отсутствия цитологических лабораторий, несвоевременность и некачественных лечения больных и отсутствие диспансеризации больных с острыми формами.

4. Реальным критерием эффективности профилактических программ является показатель потенциальной демографии, отражающий число человеко-лет несостоявшейся трудовой деятельности в результате преждевременной смертности, первичной инвалидности и временной утраты трудоспособности от конкретной

нозологической формы заболеваемости ИППП. Это позволяет нам рекомендовать показатель потенциальной демографии для использования в повседневной практике для мониторинга здоровья дерматовенерологическим диспансером и оценки эффективности профилактических программ.

Список источников литературы

1. Булешов М.А., Бектурганов Р.С., Сарсенбаева Г.Ж., Оспанова А,М. Результаты изучения особенности формирования отношения к своему здоровью работниц химико- фармацевтического производства РК.
2. Данбаева Ж.С. / Меры профилактики инфекций передающийся половым путем в Казахстане. Новосибирск, 2007.
3. Родина Т.А., Султанбекова Г.Б. Программа по предотвращению негативных последствий среди женщин, занимающихся коммерческим сексом / Материалы XIV Международной конференции по сокращению последствий связанных с употреблением наркотиков. Таиланд, 6-10 апреля, 2003.-С.232
4. Султанбекова Г.Б., Дерипсалдинова А.К., Отаров М.Т. Заболеваемость витилиго среди призывников ЮКО // Вестник ЮКГМА, № 18, 2004,-С. 16-17.
5. И.Нукушева С,Г. , Егеубаева С.А. Социально- гигиенические аспекты репродуктивного поведения и здоровья женщин (обзор литературы) // Научно- практический журнал Казахстана Акушерство, гинекология и перинатология- 2000, № 4.-С.3-7.
6. Шалбаева А.Д. Абаканова Н.Т. Экспертиза качества акушерско- гинекологическая помощь, как критерий демографической характеристики // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управление здравоохранении им. Н.А.Семашко . Тематический выпуск , часть 3. Ежеквартальная научно- практический журнал.- Москва , 2002.- С.102-105.
7. Остроухова Т.Н. Факторы риска и основные направления профилактики врожденного сифилиса в Москве: Дис. канд.мед.наук.- Москва, 2002,
8. Барабанов Л.Г., Райднер Г., Янч С.Ю., Шаршакова Т.М., Ивлева Н.М. Информированность молодежи об инфекциях, передающихся половым путем, и поведенческие установки на безопасное сексуальное поведение // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- Москва, 2001.- №4.- С.45-48.
9. Болезни, передаваемые половым путем, и репродуктивное здоровье И

- Планирование семьи.- Москва .1998.- № 2.- С. 19-21.
- 10.Бонецкий А.А., Кангельдиева А.А., Ливенцева Г.И., Керимова Н.Р., Калманбетова Г.И. Внутриутробные инфекции в практике акушера-гинеколога // Методические рекомендации.- Бишкек, 2001.-44с.
- 11.Брико Н.И., Лыткина И.Н., Абоймова О.А. Принципы эпидемиологического надзора за болезнями, передающимися половым путем // Эпидемиология и инфекционные болезни.- Москва , 2004.- № 2.- С.15.
- 12.Воронина А.Н., Овсянкин А.И. Роль поликлиники в проведении медицинских осмотров среди лиц декретированных профессий в профилактике ЗППП // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии : Материалы X научно- практической конференции дерматологов и венерологов Амурской области с Всероссийским участием.- Благовещенск, 1998.- С.48-51.
- 13.Гасанова Н.М. Хламидийная инфекция и репродуктивная функция // Вестник дерматологии.- Москва, 2001.-№ 1.-С.11-15.
- 14.Горелова О.В. Инфекции, передаваемые половым путем среди подростков в Северной Осетии (эпидемиологическое и медико- социологическое исследование) // Северо-Осет. Гос.мед.академия РСО -Алания: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.- Москва, 1999.-16 с.
- 15.Гришина А.Л, Эпидемиологическая характеристика болезней, передаваемых половым путем: Дис. ... канд.мед.наук.- Москва, 2000.- 121 с.
- 16.Громько А.И. ВИЧ- инфекция, СПИД и заболевания, передающиеся половым путем, в Восточной Европе // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- Москва, 1999,- №6.- С.30-32.
- 17.Далабетта Дж. А., Джербейз А.К., Холмс К.К. Проблемы , решения и задачи , связанные с синдромным ведением заболеваний, передаваемых половым путем (обзор) // Инфекции, передаваемые половым путем.- Москва, 1999.-№1.-С.4-14.
- 18.Дейвид Х. Еммерт, Джефри Т. Кирхнер. Заболевания женщин, передающиеся половым путем. Гонорея и сифилис. // Международный

- медицинский журнал.- Москва, 2000.- №6.-С.557-563.
- 19.Дмитриев В.И., Ощепкова Е.В., Хальфин Р.А. и соавт. Методика расчета медико- социальной и экономической эффективности реализации программ, направленных на улучшение здоровья населения (на примере болезней системы кровообращения) // Методическое пособие. - Москва, 2006.
 - 20.Думченко В.В., Ткаченко Т.А., Садирова Э.К. Инфекции , передаваемые половым путем.- Москва, 2003.- С.34-35.
 - 21.Завьялов А.И., Оркин В.Ф., Кислая Л.И., Шабогина А.А, // Российский журнал кожных и венерических болезней,- Москва, 2005.- №2.- С.58- 60.
 - 22.Земцов М.А., Терзян В.А. Эпидемиологические особенности сифилиса в Ставропольском крае // Эпидемиология и инфекционные болезни.- Москва, 2006.- №3.-С.22-24.
 - 23.Ибрагимов Р.А. Роль сексуального насилия в распространении сифилиса и других заболеваний , передаваемых половым путем (микросоциологические и клинические аспекты) : Дис. канд.мед.наук.- Москва, 1999.-С.124.
 - 24.Кабыкенова Р.К., Шакиров М.М. Причинно- следственные механизмы развития инфекций, передающихся половым путем // Материалы II Международной конференции «Современные аспекты эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики, терапии дерматозов и развития инфекций, передающихся половым путем» 23-24 мая 2003.- Алматы, 2003.- С. 128-129.
 - 25.Калинина А.М., Холмогорова Г.П. Роль и место общественных организаций в профилактике заболеваний, передающихся половым путем // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья.- Москва, 1999.- Т.2.- №6.- С. 14.
 - 26.Калмыкова И.В. Социально-гигиеническое исследование подростков-школьников, страдающих инфекциями, передаваемыми половым путем и их семей: Дис. ... канд.мед.наук,- Москва, 2000.-150с.
 - 27.Козырева Л.Т. Социально- личностные и эпидемиологические

- характеристики больных, повторно болеющих инфекциями, передаваемыми половым путем: Автореф.дис. ... канд.мед.наук.- Москва,2004.-23с.
- 28.Кулагин В.И., Пономарев Б.А., Селицкий Б.А., Зуева И.В. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем в г.Москве в 1990-1998 годах // Инфекции, передаваемые половым путем.- Москва, 2000.-№1.-С.34-37.
- 29.Лаврова И.Г. Теоретические и методические основы медицинской статистики // Социальная гигиена и организация здравоохранения. Под редакцией А.Ф. Серенко, В.В. Ермакова.- 2-е издание.- Москва: Медицина, 1984.- С.182-184.
- 30.Лузан Н.В., Емельянинова Т.В. Актуальность работы детского гинеколога по выявлению ЗППП // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Материалы X научно- практической конференции дерматологов и венерологов Амурской области с Всероссийским участием).- Благовещенск, 1998.- С.111-112.
- 31.Мануйлова И.А, Роль заболеваний, передающихся половым путем, в структуре гинекологических заболеваний // Вторая Всероссийская научно-практическая конференция «Полимеразная цепная реакция в диагностике и контроля лечения инфекционных заболеваний» 20-22 января 1998 года- Москва, 1998.- С.27-28.
- 32.Марданлы С.Г., Кирпичникова Г.И., Неверов В.А. Герпетическая инфекция // Методическое пособие.- Электрогорск, 2005.-С.3-46.
- 33.Роль ИППП в развитии перинатальной патологии и плодовых потерь по городу Алматы // БППП и репродуктивное здоровье: Материалы международной конференции.- Астана- Павлодар, 2001.- С.7-8.
- 34.Медик В.А., Токмачев М.С., Фишман Б.Б. Статистика в медицине и биологии.- Москва, 2001.- С. 116-125.
- 35.Мейменалиев Т.С. Кыргызская модель здравоохранения. - Б.: «Учкун», 2003.-638С.
- 36.Межгосударственное рабочее совещание по осуществлению политики и стратегии ВОЗ в области профилактики и контроля заболеваний,

- передаваемых половым путем (Рига, 15-17 июня 1997 года) // Заболевания, передаваемые половым путем.- Москва, 1997.- № 6.- С.80-85,
37. Менкулов П.Р., Маманов М.М., Кариева М.Т. Анализ эпидемиологической ситуации по болезням, передаваемым половым путем в Узбекистане // Теоретическая и клиническая медицина.- Ташкент, 1999.- №2.- С.6-9.
38. Молочков В.А., Шувалова Т.М., Туманян А.С., Шаврова К.В, Опыт работы по совершенствованию медицинской помощи больным с заболеваниями, передающимися половым путем, в Московской области // Российский журнал кожных и венерических болезней.- Москва, 1998.- № 3.- С.71-76.
39. Молочков В.А., Аксенова О.А., Побединский Н.М. Азитрал в комплексном лечении урогенитального хламидиоза у женщин // Российский журнал кожных и венерических болезней.- Москва, 2005.- №5.- С.66-68.
40. Молочков В., Кисина В., Ширшова Е. Современные подходы к лечению урогенитального хламидиоза // Врач.- Москва. 2006.- №2.- С.11.
41. Мудренко О.С., Яцуха М.В., Безручко А.С., Сущенко Л.В. Уровень распространенности заболеваний, передаваемых половым путем, среди женщин, оказывающих сексуальные услуги за вознаграждение // Актуальные вопросы дерматологии и венерологии: Материалы X научно-практической конференции дерматологов и венерологов Амурской области с Всероссийским участием.- Благовещенск, 1998.- С.118-119.
42. Мудренко О.С. Частота выявления сифилиса и других заболеваний, передающихся половым путем, у женщин, занимающихся коммерческим сексом // Российский журнал кожных и венерических болезней,- Москва, 1999, - №5. - С.40-41.
43. Мудренко О.С. Женщины, занимающиеся коммерческим сексом, как группа риска в распространении урогенитальных инфекций : Дис. ... канд.мед.наук.- Москва, 2000.- 143с.
44. Мурашко М.А. Особенности течения и исходы родов у женщин с некоторыми видами урогенитальных инфекций: Дис. ...

- канд.Мед.наук,- Волгоград, 1999.-144с,
- 45.Муминов Т.А., Камалиев М.А. Анализ здравоохранения с позиций социального маркетинга.- Алматы, 2003.- 160с.
- 46.Орозалиев Б.К. Оценка риска невынашивания беременности при сочетанных латентных инфекциях и эффективность прегравидарной подготовки: Дис. ... канд.мед.наук.- Бишкек, 2005.- С.5-9.
- 47.Писарев А.М. Программа ООН по ВИЧ/ СПИДу и участие в ней России // Бюллетень НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранением им. Н.А.Семашко.- Москва, 2008.- Выпуск 5.- С.9-11.
- 48.Разнатовский К.И., Смирнова Т,С. Статистический анализ заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в России. Особенности контроля и профилактики на современном этапе // Российский семейный врач.- Москва, 2000.- №4.- С. 14-17.
- 49.Рентон А., Кубанова А.А., Аковбян В.А., Тихонова Л.И., Филатова Е.Н. Общественное здравоохранение и контроль зараспространением инфекций, передаваемых половым путем // Инфекции, передаваемые половым путем,- Москва, 2000,- №5,- С.30- 34.
- 50.Риднер Г., Дене К.Л.Профилактика и лечение ИППП: интеграция в деятельности служб планирования семьи // Планирование семьи.- Копенгаген, 2000.- №1.- С. 11-13.
- 51.Сосновцева О.П., Мазанов Ю.В., Софвин В.С. Медикоэкономическая эффективность ПЦР- диагностики инфекций, передаваемых половым путем, в условиях частной клиники // Вестник дерматологии и венерологии.- Москва, 2000.- №4. - С.21-22.
- 52.Тихонова Л.И. Дерматовенерологическая служба России: Проблемы, поиски, решения // Инфекции, передаваемые половым путем.- Москва, 2001.-№3.-С.28-31.
- 53.Тихонова Л.И. Обзор ситуации с ИППП. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации // Инфекции, передаваемые половым путем.- Москва, 2005.- №1.- С.15-19.
- 54.Тихонова Л.И., Салахов Э., Саусвик К. и др.// Инфекции, передаваемые

- половым путем.- Москва, 2003.- С. 12-17.
- 55.Тютюнник В.Л. Эффективность подготовки и планирования беременности у женщин с инфекцией // Акушерство и гинекология.- Москва, 2004.- №4.- С.33-37.
- 56.Флеминг Д.Т., Вассерхайт Д.Н. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВОТ- инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения // Инфекции, передаваемые половым путем.- Москва, 1999.-№5.-С.7-19.
- 57.Халдсфилд Х. Заболевания, передающиеся половым путем // Цветной атлас- справочник.- Москва, 2004.- С. 16-26.
- 58.Хубиева ФВ. Активное выявление инфекций, передаваемых половым путем, при профилактических осмотрах (Эффективность, перспективы): Дис. ... канд.мед.наук.- Москва, 2001.- 165 с.
- 59.Цинзерлинг В.А. , Мельникова В.Ф. Перинатальные инфекции. (Вопросы патогенеза, морфологической диагностики и клиноморфологических сопоставлений) // Практическое руководство для врачей.- Москва, 2002.
- 60.Чеботарев В.В., Беляев Н.В. Причины роста и распространения инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) // Экология и здоровье человека : Материалы Международной научно- практической конференции, посвященной 60-летию Ставропольской государственной медицинской академии.- Ставрополь, 1998.- С.207- 209.
- 61.Чеботарев В.В.Подходы к профилактике и лечению ИППП в России и за рубежом // Актуальные вопросы дерматовенерологии.- Курск, 2000.- Вып.3.- С.218-219.
- 62.Шакуров И.Г. Медико- социальное исследование распространенности заболеваний, передаваемых половым путем, и разработка региональной программы по их снижению и профилактике в Самарской области : Автореф.дис. ... канд.мед.наук,- Москва, 1998.- 24с.
- 63.Шигина Ю.А., Могилевец Т. Л. Частота встречаемости заболеваний, передающихся половым путем среди лиц молодого возраста // Клиническая медицина ; Межвузовский сборник трудов стран СНГ.- Великий Новгород ,

2000,- Т.6.- С.225-226.

- 64.Шумов А.В. Медико- социальные аспекты женской проституции (на примере Саратовской области) : Дис. ... канд.мед.наук.- Москва,- 125 с.
- 65.Шумов А.В., Федотов А.В., Тараскин О.В. Инфекции, передаваемые половым путем и женская проституция на территории Саратовской области // Вестник дерматологии и венерологии.- Москва,-№1.- С.69-72.
- 66.Яцуха М.В. Регистрируемая заболеваемость болезнями, передаваемыми половым путем // Современные вопросы дерматовенерологии (Юбилейный сборник научных трудов, посвященный 70-летию кожно-венерологического диспансера г. Курска).- Курск, 1999.- С. 162-164.
- 67.Alessi S., Goj C., Alessi E. La legislazione sulle malattie a transmission sessuale dall' unita d'Italia di nostril giorni / Giornale Italiano di dermatologia e venerologia. - Torino. Ed. Minerva med.,1997.- Vol. 132.- 5,- P.28.
- 68.Bam R. H.,Cronje H.S., Muir A., Griessel D.J., Hoek B.B. Syphilis in pregnant patients and their offspring // J.Gynaecol. Obstet, 1994, Feb.- 44 (2).-P.113-118.
- 69.Blanchard T. J., Mabeu D.S. Chlamidial infections. Brit. J. clinical practice. London, 1994, Jule- August Review 64,- 48(4).-P.201-205.
- 70.Better health for poor people. Strategies for achieving the international development targets. United Kingdom Department for international Development.- London,2000/ Example of a protocol for a treatment trial for gonorrhoea // World Health Organization.- Geneva, 2007.- 14p.
- 71.Hitchcock P., Wasserheit J., Harris J., Holmes K. Sexually transmitted diseases in the AIDS era . Sex Transm. Dis, 1991.- 18(2).- P. 133-135.
- 72.Integrated approach to the prevention and treatment of sexually transmitted infections // Report on a WHO Meeting.- ST Petersburg, Russian Federation 12-14 May 2005.-23p.
- 73.Management of patients with sexually transmitted diseases. Report of a WHO Study Group,- WHO Technical Report Series, 1991.- 810.-30p.
- 74.Over M., Piot P. HIV infection and sexually transmitted diseases. Disease control priorities in developing countries New York : Oxford University Press for the World Bank, 2003.-50p.

75. STD control in prostitution- guidelines for policy. Report of a WHO Consultative Group. World Health Organization.- Geneva, 2007.-26p.
76. Wallin K.L., Wiklund F., Luostrarinen T. et ai. A population - based prospective study of Chlamydia trachomatis infection and cervical carcinoma// Inf J. Cancer.- 2002.- 101.- P.317.374.
77. World Health Organization (WHO), Global prevalence and incidence of selected curable sexually transmitted diseases. Overview and Estimates.- Geneva: WHO 2007.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В нашей республике необходимо замедлить распространение ИППП, снизить заболеваемость в регионах с широким распространением инфекции. В этих целях необходимо расширить масштабы мероприятий, эффективность которых доказана, разработать способы контроля над эффективностью методов диагностики, профилактики и лечения ИППП.

Оценка экономических потерь, обусловленных с заболеваемостью и ее отрицательными исходами, должна стать инструментом расчета программ борьбы с отдельными видами болезней и оценки эффективности реализации профилактических программ, как в социальном, так и в экономическом аспектах.

В целях защиты населения от заболеваний, передаваемых половым путем, и обеспечения санитарно-эпидемиологического благополучия, предлагаем:

- Разработать и внести «Закон о защите населения Республики Казахстан от заболеваний, передаваемых половым путем»;
- Активнее разрабатывать и внедрять клинические протоколы по нозологическим формам ИППП, основанные на принципах доказательной медицины;
- Решить вопрос о создании в каждом областном центре Республики Казахстан цитологических лабораторий для активного выявления данной патологии;
- Учреждениям здравоохранения республики проводить регулярные скрининговые обследования на выявление ИППП следующих категорий граждан и лиц, отнесенных к группам повышенного риска:
 - беременных женщин и женщин, направленных на операцию медицинского аборта;
 - лиц, обратившихся в лечебно-профилактические учреждения привзятии общего анализа крови;
 - матерей, находящихся в стационарах по уходу за детьми;

- доноров;
 - безработных;
 - беженцев;
 - мигрантов;
 - лиц без определенного места жительства;
 - лиц, освободившихся из мест лишения свободы;
- На уровне центров укрепления здоровья разрабатывать и реализовать образовательные программы, направленные на формирование установок здорового жизни, повышение сексуальной культуры, безопасное и ответственное сексуальное поведение, шире использовать возможности радио, телевидения, печати.

Анкета

Просим Вас ответить на вопросы анкеты. Ваши ответы помогут органам здравоохранения разработать конкретные мероприятия, направленные на улучшение оказания медицинской помощи женщинам, а также повышение уровня Вашего здоровья.

Опрос анонимный. Интервьюер, проводящий с Вами собеседование, проинструктирован о конфиденциальности полученной информации.

1. Сколько Вам полных лет?_____

2. Образование

- Начальное
- Среднее
- Средне-специальное
- Высшее
- Без образования

3. Знаете ли Вы, что такое инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)?

- Да
- Нет

4. Куда Вы обратитесь, чтобы обследоваться и получить медицинскую помощь по поводу заболеваний, передаваемых половым путем?

- Женскую консультацию
- Кожно-венерологический диспансер
- Гинекологический кабинет поликлиники
- Частный врач
- Другое (укажите)

5. Считаете ли Вы, что риск заболеть инфекцией, передаваемой половым путем для Вас велик или мал?

- Маленький риск
- Большой риск
- Не знаю/ затрудняюсь ответить

6. Хотели бы Вы узнать, как проявляются инфекции, передающиеся половым путем?

- Да
- Нет

7. Знаете ли Вы как можно предохраняться от этих заболеваний?

- Если да,
то назовите _____

- Нет

8. Хотели бы Вы узнать о последствиях этих заболеваний?

- Да
- Нет

9. От кого Вы хотели бы получить эту информацию?

- Родителей
- Врачей
- Учителей
- СМИ
- Друга
- Другие

10. Как Вы относитесь к профилактическим осмотрам врача?

- Положительно
- Стесняюсь
- Боюсь осуждения
- Безразлично
- Другое

11.Какой метод контрацепции Вы считаете надежным и удобным (предпочитаете) ?

- Противозачаточные таблетки
- Внутриматочная спираль
- Презервативы
- Прерванный половой акт
- Стерилизация
- Другие (укажите)

12.Если Вы не пользуетесь предпочтительным для Вас методом, то почему?

- Слишком дорого
 - Нет в продаже
 - Другое (укажите)
-
-

13.Если Вы не используете контрацептивы, то почему?

- Не знаю о контрацептивах
- Против использования контрацептивов
- Муж/ партнер против использования контрацептивов
- Бесплодие
- По религиозным соображениям
- Боюсь вреда здоровью

- Хочу забеременеть
- Не могу приобрести тот метод, который хочу использовать
- Другая причина
(укажите)_____

14.Считаете ли Вы, что гепатит и герпес относятся к инфекциям, передающимся половым путем?

- Да
- Нет

15.Назовите хотя бы одно заболевание, относящееся к инфекциям, передающимся половым путем_____

16.Возможные пути заражения венерическими заболеваниями

- При половом контакте
- При поцелуе
- При укусе насекомых
- Через посуду
- Через полотенце
- При пользовании туалетом

17.Как Вы думаете, какие проявления будут при гонорее?

- Выделения
- Рези при мочеиспускании
- Кашель
- Зуд в области половых органов
- Головная боль

- Высыпания на коже и слизистых
- Повышение температуры тела
- Увеличение лимфоузлов
- Не знаю

18.Как Вы думаете, какие проявления будут при сифилисе?

- Выделения
- Рези при мочеиспускании
- Кашель
- Зуд в области половых органов
- Головная боль
- Высыпания на коже и слизистых
- Повышение температуры тела
- Увеличение лимфоузлов
- Не знаю

Большое Спасибо за Ваши ответы!