

Самигуллина А.Э.

ДОСТУПНОСТЬ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ И ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ

Законодательное закрепление проведенных изменений произошло в Законах «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005 года, «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 13 августа 2004 года и «О системе Единого плательщика в финансировании здравоохранения Кыргызской Республики» от 30 июля 2003 года.

Прием к врачу ГСВ бесплатный для прикрепленного населения. Диспансерное наблюдение и обследование беременных, вставших на учет бесплатно, кроме дорогостоящих процедур и обследований.

Как реформирование учреждений здравоохранения, создание ГСВ и внедрение ОМС отразились на заболеваемости ИППП – эти вопросы не изучались.

Однако, остается ряд проблем до сих пор нерешенных или находящихся на стадии разработке, и в данной работе мы более детально рассмотрим доступность медико-санитарной помощи и особенности диагностики ИППП на уровне центров семейной медицины.

Отсутствие работ названного направления и определили актуальность выбранного нами научного исследования.

Ключевые слова: *инфекции передаваемые половым путем, скрининг больных, скрытые эпидемии, качество и доступность медицинской помощи, клинические протоколы.*

Актуальность темы обусловлена значительным увеличением заболеваемости инфекциями, передающимися половым. В настоящее время мировое медицинское сообщество все больше внимания уделяет вопросам профилактики ИППП [1]. Этой теме посвящен ряд международных программ, конгрессов и конференций. Тем не менее, вопрос о выборе оптимальной стратегии борьбы с распространением этих заболеваний все еще остается открытым [2, 3].

С 1996 года лечебные учреждения Кыргызстана перешли на более совершенные формы медицинского обслуживания – семейную медицину и работа лечебно-профилактических учреждений в условиях работы обязательного медицинского страхования.

Мамытов М.М., Каратаев М.М. (2004) снижение обращаемости в амбулаторно-поликлинических учреждениях связывают с, внедрением оплаты, за конкретные виды услуг на фоне низкого уровня материального положения населения и безработицы, высокой стоимости медицинской помощи ввиду появившейся необходимости приобретения лекарственных веществ и оплаты в большинство диагностических услуг.

По пути сокращения стационарной и максимального развития амбулаторно-поликлинической службы произошло реформирование акушерско-гинекологических учреждений и в других странах СНГ, в том числе Российской Федерации. Однако в

Кыргызской Республике, в отличие от России, в которой функционировали 2029 женских консультаций ликвидированы. Наблюдение всех женщин передано группам семейных врачей, которые, на наш взгляд, пока не обеспечивают необходимый уровень работы: обращаемость к акушерам-гинекологам снижается, профилактические осмотры женского населения аннулированы, при росте гинекологической заболеваемости среди девушек и женщин фертильного возраста снижаются показатели обследования их на ИППП, не внедряются новые технологии на выявление ИППП нового поколения, не внедряются современные технологии наблюдения за беременными женщинами и пренатальной диагностики нарушений развития плода [4].

Снижение обращаемости к врачам в последние 10 лет авторы объясняют низким уровнем мотивации населения по сохранению собственного здоровья из-за тяжелых социальных условий. На основании этого приходят к выводу о том, что одни медицинские мероприятия не могут привести к улучшению здоровья не только женщин фертильного возраста, но и всего населения, так как на состояние здоровья женщин, их репродуктивное поведение влияют все изменения общественной, экономической и социальной жизни страны [5].

По мнению Акынбекова К.У. с соавт. (2006) реформа, направленная на рациональное использование ресурсов отрасли привела к резкому сокращению коечного фонда и учреждений, оказывающих стационарную помощь. Переориентация жизненных интересов населения отразилась на посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений в сторону ее резкого уменьшения. Эти изменения не являются свидетельством того, что население стало меньше болеть, просто люди стали реже обращаться в силу различных обстоятельств социально-экономического характера.

Важной составной частью диспансерного метода являлось активное выявление (скрининг) больных. Скрининг всего населения или отдельных групп проводится в различных странах и иногда объясняется как задача здравоохранения или безопасность населения и, иногда, как экономическая задача. Для распространенности более 5% скрининг стоит менее 11,000 долларов на год выигранной жизни и для распространенности 0,15% - 29,000. был сделан вывод, что при распространенности ИППП среди населения 0,15% или больше, эффективность стоимости скрининга падает по сравнению с текущей ценой медицинских услуг. Было предложено, что рутинный скрининг

выгоден при распространенности 5% и более для повышения эффективности [6].

Показатель активности выявления на 100 тысяч обследованных в 1996 году составил 310 при среднероссийском – 271. Доля активно выявленных больных гонореей, составляет менее 50%. Активность урологов была и остается на крайне низком уровне [7].

В течение последних лет выявление источников инфекции и контактов у больных сифилисом и гонореей существенно усложнилось. Причиной этого, в большинстве случаев, является отказ больных от вторжения в их личную жизнь, появление многочисленных официальных кабинетов для анонимного лечения больных ИППП, а также возникновения широчайших возможностей конфиденциального лечения у частнопрактикующих врачей и самолечения [8, 9].

Неадекватность специализированной венерологической помощи населению базируется на низком уровне материально-технической обеспеченности данной службы, недостатке специалистов, нехватке медикаментов, современной медицинской лабораторной и диагностической техники, и оборудования [10, 11, 12].

Переход к экономике свободного рынка привел к росту безработицы и бедности, миграции населения, проституции и наркомании, значительному расширению рынка сексуальных и медицинских услуг. Резко снизилось финансирование мероприятий по контролю и профилактике ИППП. Эти факторы оказали отрицательное влияние на общее состояние здоровья населения, особенно на уровень заболеваемости социально-зависимыми инфекциями, а также на структуру оказания специализированной помощи [13, 14].

Заболеваемость, связанная с ИППП, по-прежнему представляет серьезные требования, относящиеся к медицинским и экономическим ресурсам общества [15, 16]. 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 [17, 18].

В иерархии комплексов 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 – полового воспитания (5,0%). Учет силы влияния факторов риска должен быть положен в основу дифференцированного подхода к проведению первичной профилактики ИППП [19].

Проводимая работа Минздравом России и органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации была направлена, прежде всего, на первичную профилактику ЗППП [20, 21,

22]. Продолжительный опыт такой работы с населением отмечен в Мурманской, Самарской, Новосибирской и Свердловской областях [23]. 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 ЗППП». Разработаны методические материалы по тактике взаимодействия акушер-гинекологов, дермато-венерологов, неонатологов и педиатров по профилактике и диагностике врожденного сифилиса [24, 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, 28].

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 [29]. 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 [30].

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 [31].

В последние годы в Кыргызской Республике 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 [32].

В 2000-2003 гг. на всей территории Кыргызской республики была введена Дополнительная программа обязательного медицинского страхования по лекарственному обеспечению граждан на амбулаторном уровне, по которой часть стоимости лекарственных средств, отпускаемых в аптеках, работающих по договорам с Фондом ОМС, возмещается за счет средств ОМС. Включение в перечень лекарственных средств, для лечения заболеваний на первичном уровне позволило оказать косвенное регулирование на ценообразование и значительно улучшило доступность к лекарственным средствам, повысив стимулы для пациентов лечиться в ГСВ. Введена программа государственных гарантий и других приоритетных программ [33].

Для повышения качества диагностики многих заболеваний, медицинской помощи, стандартизации подходов к лечению внедрены клинические протоколы, основанные на принципах доказательной медицины [34, 35, 36].

Литература:

1. Vam 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.- N44(2).- P.113-118.
2. Чеботарев В.В., Беляева 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.
3. Кузнецова О.Ю., Разнатовский К.И., Сафронова М.М. и др. Клинические рекомендации для семейных врачей по ведению больных ИППП.- Москва, 2002.
4. Кабыкенова Р.К. Инфекции, передающиеся половым путем, как фактор риска ВИЧ // *Международная научно-практическая конференция «Инновационные технологии в медицину и образование».*- Караганда, 2004.- С.100.
5. Кабыкенова Р.К., Шакиров М.М. Организационные аспекты снижения роста 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.129-130.
6. World Bank. World Development Report 1993. Investing in health. Oxford University Press, New York, 1993.
7. 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.
8. Куттугулов В.К., Баймагамбетова М.В., Бекзатов К.Н. Работа с группами риска (секс-работниками) – основа образовательных программ, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции и ИППП // *БППП и репродуктивное здоровье: Материалы международной конференции.*- Астана-Павлодар, 2001. – С.39-40.
9. Сергеев В.И., Пинаев К.И., Карпунина Т.И. и др. Распространенность урогенитальных микоплазм среди лиц, обратившихся в венерологический кабинет, и особенности эпидемического процесса мочевого уреаплазмоза // *Эпидемиология и инфекционные болезни.*- Москва, 2004.- №5.- С.49-52.
10. 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.
11. Риднер Г., Дене К.Л. Профилактика и лечение ИППП: интеграция в деятельности служб планирования семьи // *Планирование семьи.* – Копенгаген, 2000.- №1.- С.11-13.
12. Тихонова Л.И. Дерматовенерологическая служба России: Проблемы, поиски, решения // *Инфекции, передаваемые половым путем.* – Москва, 2001.- №3.– С.28-31.
13. Тихонова Л.И. О состоянии заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путем (по итогам 1996 года), и мерах по их предупреждению в России // *Заболевания, передаваемые половым путем.* – Москва, 1997.- №4.– С.22-26.
14. 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.
15. Смирнова Т.С. Медицинские, организационно-профилактические и социально-эпидемиологические аспекты ИППП в Санкт-Петербурге в период рыночных преобразований: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.– Санкт-Петербург, 2000. – 24 с.
16. Муминов Т.А., Камалиев М.А. Анализ здравоохранения с позиций социального маркетинга. – Алматы, 2003. – 160 с.
17. Баев М.В. Распространенность, факторы риска и пути совершенствования профилактики инфекций, передаваемых половым путем (на примере Пензенской области): Дисс. ...канд. мед. наук.– Рязань, 2001. – 177 с.
18. WHO. Investing in Health Research and Development Report of the Ad Hoc Committee on Health Research Relating to Future Intervention Options.- Geneva, 2001.- TDR/Gen/01.1.
19. Какеев Б.А. Показатели распространенности хламидийной урогенитальной инфекции среди населения Кыргызстана // *Журнал известия вузов.*- Бишкек, 2005.- №6.- С.234-235.
20. Тоскин И.А. Влияние демографических показателей и системы организации медицинской помощи населению на распространение инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции в республиках Хакасия и Тыва Российской Федерации

- (1993-1999 годы): Дис. ...канд. мед. наук.– Москва, 2000.– 107с.
21. Козырева Л.Т. Социально-личностные и эпидемиологические характеристики больных, повторно болеющих инфекциями, передаваемыми половым путем: Автореф. дис. ... канд. мед. наук.– Москва, 2004. – 23с.
 22. Кунгуров Н.В., Макаренко А.В., Сырнева Т.А. Новые подходы к проблеме врожденного сифилиса // Российский журнал кожных и венерических болезней.- Москва, 2006.- №2.- С.33-36.
 23. Хубиева Ф.В. Активное выявление инфекций, передаваемых половым путем, при профилактических осмотрах (Эффективность, перспективы): Дис. ... канд. мед. наук.– Москва, 2001.– 165с.
 24. Черноокий Г.П. Вопросы взаимосвязи венерических заболеваний с проституцией // Труды врачей и фармацевтов Могилевщины (к 135-летию врачебного общества).– Могилев, 1999.– С.490-492.
 25. Кира Е.Ф. Инфекции и репродуктивное здоровье (Часть IV) // Журнал акушерства и женских болезней. – Москва, 2000.- №1. – С.50-57.
 26. Сосновцева О.П., Мазанов Ю.В., Софвин В.С. Медико-экономическая эффективность ПЦР-диагностики инфекций, передаваемых половым путем, в условиях частной клиники // Вестник дерматологии и венерологии.– Москва, 2000.- №4.– С.21-22.
 27. Орджоникидзе Н.В., Тютюнник В.Л. Алгоритм обследования беременных с высоким инфекционным риском // Русский медицинский журнал.- Москва, 2001.- Т.9.- №6.- С.215-217.
 28. Сон И.М., Иванова М.А., Глузмин М.И., Шевченко А.Г. Динамика заболеваемости ИППП, в Краснодарском крае в 1995-2004гг. и организация медицинской помощи населению в современных условиях // Вестник дерматологии и кожных болезней.- Москва, 2006.- №6.- С.10-14.
 29. Чеботарев В.В., Лукьяненко Н.В. Подходы к профилактике и лечению ИППП в России и за рубежом // Актуальные вопросы дерматовенерологии.– Курск, 2000.- Вып.3.– С.218-219.
 30. Савичева А.М. Проблемы диагностики и терапии репродуктивно значимых инфекций // Журнал акушерства и женских болезней.- Москва, 2006.- Т. LV.- Вып.2.- С.76-85.
 31. Базиков И.А., Чеботарев В.В. Влияние сексуального поведения и брачных отношений на распространение инфекций, передаваемых половым путем // Актуальные вопросы дерматовенерологии: Сборник научных трудов, посвященных 70-летию академика РАМН Ю.К. Скрипкина. – Курск, 1999, Выпуск 2. – С.131-133.
 32. Закон «Об охране здоровья граждан в Кыргызской Республике» от 9 января 2005г.
 33. Закон «Об организациях здравоохранения в Кыргызской Республике» от 13 августа 2004г.
 34. Клинические протоколы для первичного уровня здравоохранения// Сборник №1.- Бишкек, 2001.- 177с.
 35. Клинические протоколы для первичного уровня здравоохранения // Сборник №2.- Бишкек, 2003.- 101с.
 36. Клинические протоколы для первичного уровня здравоохранения // Сборник №3.- Бишкек, 2006.- 237с.