

**НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ***Самигуллина А.Э.***МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ПЕРВИЧНОГО ЗВЕНА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В ПРОФИЛАКТИКЕ ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) У ЖЕНЩИН ДЕТОРОДНОГО ВОЗРАСТА КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

*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.*

*Ключевые слова: женщины репродуктивного возраста, инфекции передаваемые половым путем, методы и показатели потенциальной демографии, экономический ущерб.*

Таким образом, 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.

Анализ общей заболеваемости населения за годы реформирования здравоохранения показал тенденцию к ее снижению. Показатель общей заболеваемости взрослых и подростков снизился в 2003 году сравнительно с 1991 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%. Переход к рыночным отношениям и переориентация жизненных интересов населения отразились на посещаемости амбулаторно-поликлинических учреждений (ЦСМ) в сторону ее уменьшения с 32568 тыс. посещений в год (или 7,3 на одного жителя) в 1991 году до 20754 тыс. (или 4,1) в 2004 году и это отразилось на показатель общей заболеваемости населения Республики,  $r=+0,75$  ( $p<0,001$ ).

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 [1].

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. Низкая заработная плата медицинских работников и отсутствие должной кадровой политики в государстве привело к оттоку специалистов отрасли в Казахстан и Россию. В республике в 1991 году на 10000 населения приходилось 34,2 врача и 94,7 среднего медицинского персонала против 25,3 и 60,4 соответственно в 2004 году.

В структуре заболеваемости населения Кыргызстана 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 1991 году до 128,2 в 2001 году), а с 2001 года по настоящее время удалось стабилизировать данный процесс.

Резко вырос показатель заболеваемости йододефицитными нарушениями и сахарным диабетом. По данным медико-информационного центра [2] среди детей и подростков в возрасте от 7 до 16 лет, общая распространенность эндемического зоба достигает от 29,7 до 53,1%. При этом особого внимания заслуживает факт, что у 60,8% новорожденных в некоторых регионах республики 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 на 100000 населения в 1991 году и 314,7 соответственно в 2005 году составляя 46,4% от общей смертности). Рост смертности по данному классу заболевания за период с 1991 по 2005 гг. составил 20,2%.

На втором месте смертность от болезней органов дыхания (110,1‰ в 1991 году и 90,4 в 2005 году составляя 12,6% от общей смертности) и

на третьем месте травмы и отравления (89,5 и 71,7‰ - 10,3% соответственно).

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, независящих от здравоохранения, таких как бедность, внутренняя миграция, низкий уровень информированности населения, низкая заработная плата медицинских работников и соответственно низкий престиж профессии, и дисбаланс в кадровом обеспечении.

В структуре заболеваемости населения Кыргызстана, 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 1991 году до 128,2 в 2001 году), а с 2001 года по настоящее время удалось стабилизировать данный процесс.

Негативные явления в медико-демографической ситуации (снижение рождаемости, увеличение смертности, снижение показателей естественного движения населения) в значительной степени обусловлены с целым рядом факторов социально-экономического характера, влияющих на качество жизни населения, распространению вредных привычек и нездоровому образу жизни. Медицинская составляющая в этой проблеме значительна и основное место в ней занимает возросшая заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем.

В соответствии с поставленными в этой работе целью и задачами мы попытались оценить уровень и структуру распространенности ИППП среди женщин репродуктивного возраста и показатели потенциальной демографии (НАЛУ, ППЖ) связанных с заболеваемостью ИППП и ее отрицательными исходами (временная утрата трудоспособности), а также экономические потери, связанные с утратой трудового потенциала в результате отрицательных исходов заболеваемости.

Исследования показали, что уровень ежегодно регистрируемой заболеваемости ИППП остается высоким. Заболеваемость населения сифилисом в период с 1991 по 2003 годы свидетельствует об обострении эпидемической ситуации в 1996-1997 годах и с последующим снижением ее к 2003 году. Однако, несмотря на снижение уровня заболеваемости сифилисом в 2003 году, по сравнению с 1997 годом, в 3,5 раза по республике и в 6 раз по г. Бишкек, эти цифры остаются высокими в сравнении с 1991 годом. Это имело корреляционную

связь с ростом безработицы, интенсивной миграцией населения, проституцией, нездоровым образом жизни населения, что также отразилось на увеличении уровня заболеваемости социально значимыми инфекциями.

Подобного же мнения придерживаются многие отечественные и зарубежные исследователи [3, 4, 5].

Тенденцию снижения уровня заболеваемости некоторыми инфекциями передаваемыми половым путем отдельные авторы [6, 7] связывают с ослаблением работы по активному выявлению больных, обращением больных пациентов в негосударственные и частные лечебные учреждения, которые не всегда информируют службы надзора, с распространением самолечения и тем самым не отражают реальной картины распространенности ИППП.

Анализируя ситуацию по гонорее, мы видим, что уровень высок, причем, как и при сифилисе. Абсолютный показатель в г. Бишкек превышает республиканские данные. Оценивая положение по гонорее в г. Бишкек надо отметить, что каждый третий больной проживал в данном городе.

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 – безработные, беженцы, лица без определенного места жительства, мигранты) в условиях больших городов и областных центров.

Подобные данные получили Сон И.М. с соавт. (2006) [8] – основную часть больных в Краснодарском крае составляли городские жители, уровень заболеваемости которых был выше в 1,2 раза, чем в сельской местности. В тоже время имеются противоречивые данные, например, Вислобоков А.В. с соавт. (2005) [4] указывают на увеличение доли сельского населения среди больных женщин в 2002г. Сравнительно с 1992 годом и объясняют эту тенденцию не только со снижением выявления половых контактов венерологами, но и с отсутствием у населения общей и санитарной культуры.

Отдельные подъемы заболеваемости сифилисом в регионах Кыргызской республики на фоне снижения общего уровня заболеваемости, свидетельствует о неоднородности распространения данной инфекции по областям республики. На наш взгляд и по данным других исследователей. Высокий уровень заболеваемости в г. Ош и г. Бишкек. А также в Чуйской области объясняется развитием в крупных городах и областных центрах устоявшихся отношений в области сексуального бизнеса с вовлечением малоимущих категорий молодежи, склонных к асоциальному поведению.

Среди женщин репродуктивного возраста лидирующее место по заболеваемости (сифилис, гонорея) занимает возрастная группа 20-29 лет (удельный вес от 49,5% до 57,6%), затем 30-39 лет (22,9%-26,5%).

В Кыргызской Республике официальная регистрация статистических данных по ИППП «нового поколения» (хламидийная, гарднереллезная, трихомонадная инфекции) проводится с 1999г., а с 2002г. список расширился уреоплазмой, герпесом и грибковой инфекциями.

Полученные нами данные хламидийной, гарднереллезной и трихомонадной инфекции с 1999 по 2004 г. позволяют констатировать факт незначительного высокого их уровня. Рассматривая, трихомонадную и хламидийную инфекции следует отметить дальнейшую стабилизацию процесса. Гарднереллезная инфекция же имела тенденцию к возрастанию в 2 раза к 2004 г.

Анализ заболеваемости по уреоплазме, герпесу и грибковой инфекциями свидетельствует о повсеместном их росте. За трехлетний период средний темп прироста по уреоплазме составил 124,6-133,1%, по грибковым заболеваниям 59,4-83,7% и герпесу 344,3-383,5%. Темпы прироста по этим нозологическим формам заболеваний имеют примерно одинаковую тенденцию прироста, как по республике, так и по г. Бишкек.

По данным Jeffrey F. et al. (2003) [9], хламидийная инфекция протекает под маской других заболеваний, как моноинфекция встречается в 2-30% случаев. Следовательно, недостаточное выявление больных с ИППП в регионах республики остается актуальным и для нас, что не позволяет, на наш взгляд, в полной мере проводить контроль за ранним выявлением и лечением больных. Не решенным остается вопрос об обеспечении ЦСМ квалифицированными лаборантами-цитологами, отсутствия в крупных городах и областных центрах цитологических лабораторий, что не позволяет увеличить выявляемость этих больных и соответственно снижает результативность профилактических мероприятий.

Вопросы возрастных и этнических особенностей распространения заболеваемости женщин фертильного возраста на отдельных территориях изучались сравнительно давно. Эпидемическая обстановка по заболеваемости инфекциями передаваемыми половым путем остается чрезвычайно напряженной. Значительно увеличилось число больных инфекциями, передаваемыми половым путем за последние 3-5 лет, достигая максимальных величин в возрастной группе 20-29 лет. Отмечено, что структура и этнический состав женщин влияет на распространенность заболеваний передающихся половым путем.

Поэтому мы попытались оценить структуру и состав женского населения, чтобы выработать

тактику профилактики и предупреждения заболеваний, передаваемых половым путем.

Изучению было подвергнуто женское население, проживающее на территории Центра семейной медицины №6 (ЦСМ).

На территории изучаемого района всего проживает – 39793 человека. Из них женщин 23124, что составляет 58,1% к общему числу населения. Женщин фертильного возраста 12851 (55,6%). Следует отметить, что 2/3 численности женщин приходится на возрастной состав 20-29 и 30-39 лет (63,4%).

На изучаемой территории живут женщины 42 национальностей и распределены следующим образом: кыргызы занимают первое место (45,7%), второе – русские (41,0%), затем татары – 2,8%, другие национальности – 10,5%. На территориях ГСВ численность национальностей различна и зависела от расселения их по родовому признаку.

В целях выявления особенностей течения заболеваемости ИППП у женщин состоящих на учете по беременности в ЦСМ с 2004 по 2006 г., изучены 316 женщин. Анализ показал, что количество родов за 2006 г. сравнительно с 2004г. выросло в 1,6 раза (139 против 87). Обращает на себя внимание очень низкий процент обследованных женщин методом ИФА и ПЦР. Процент ранней явки на учет до 12 недель уменьшился с 43% в 2004 г. до 33,1 в 2006 г. поздняя явка на учет усложняет ситуацию с выявлением ИППП и лечением беременной, что отрицательно сказывается на протекании беременности в дальнейшем и развитие плода. Растет число преждевременных родов, родов путем Кесарево сечения и смертностей новорожденных, обусловленных с ИППП, приводящих к осложнениям и патологическим родам.

Следует отметить значительную миграцию беременных женщин. Только 34,2% беременных постоянно проживали с пропиской на данной территории. Из других районов и областей прибыло беременных 35,4% и 30,4% женщин проживали вообще без прописки. Причем каждая пятая из них ранее проживали в сельских местностях.

В результате опроса беременных, все они имели знания об инфекциях, передающихся половым путем, 50,7% признались о перенесенных ранее ИППП, 43,3% из них могли предположить, когда произошло инфицирование.

Обследование беременных выявило наличие моноинфекции только у 26,3%, сочетание двух инфекций обнаружено у 32,9%, трех – у 34,3% и четырех и более – у 6,5% женщин. В общей структуре инфицированности чаще всего диагностирован бактериальный вагиноз (82,1%), урогенитальный кандидоз, гарднереллез, герпес, уреоплазмоз, трихомониаз, хламидиоз и токсоплазмоз.

Результаты медико-демографических исследований помогают выявить закономерности состояния здоровья людей, влияния условий труда и быта на заболеваемость, инвалидность и причины смерти с учетом эффективности здравоохранения. Но в тоже время анализ смертности не позволяет сравнить социальные и экономические потери вследствие смертности от конкретных классов болезней (сердечно-сосудистых заболеваний и т.д.)

Для проведения такого исследования необходимо использовать методы и показатели потенциальной демографии. Единицей измерения при этом является продолжительность того или иного состояния (продолжительность пребывания в состоянии инвалидности, продолжительность заболевания, годы, потерянные вследствие преждевременной смертности). Для здравоохранения важны такие показатели, как потерянные годы потенциальной жизни (преждевременная смертность) и потери трудового потенциала (инвалидность и временная утрата трудоспособности), измеряемые в человеко-годах. Это позволяет выявить относительную значимость каждой болезни и причины смерти, сравнивать популяции с различной численностью населения по полу, возрасту, этнической принадлежности, также образу жизни и более обоснованно, чем с помощью традиционных методов, проводить количественные оценки ущерба от отрицательных последствий заболеваний.

Нами, по рекомендациям ВОЗ был произведен расчет показателей потенциальной демографии при заболевании ИППП и получены следующие интересные данные. В среднем на одну больную женщину в год приходится 1 месяц утраты трудоспособности ( $32,8 \pm 9,1$ ) или потеря трудового потенциала составляет  $0,090 \pm 0,025$  человеко-лет, а на 1000 женщин -  $90 \pm 25$  лет.

Эти данные были необходимы для расчета экономических потерь обусловленных с утратой трудоспособности.

Экономический ущерб только от заболеваемости с временной утратой трудоспособности для государства составил 36527 тыс. сомов в год. Имея официальную информацию о преждевременной смертности и инвалидности по ИППП можно рассчитать истинные расходы, обусловленные данной патологией.

Зная интенсивный показатель заболеваемости по ИППП в конкретных регионах можно рассчитать общее количество потерянных лет для данного региона и рассчитать экономические потери, обусловленные с теми или иными патологиями.

В Российской Федерации Минздравом утверждена методика расчета медико-социальной и экономической эффективности реализации программ, направленных на улучшение здоровья населения [10]. Внедрение предложенных рекомендаций позволили выявлять наиболее

эффективные мероприятия по борьбе с различными заболеваниями и отклонять неперспективные проекты с точки зрения медицинской целесообразности, и экономической эффективности. Качество и эффективность проводимых мероприятий проявляется только в конечном результате. Затраченные ресурсы должны возратиться позитивными изменениями здоровья населения.

Общеизвестно, что чем больше не хватает ресурсов, тем важнее становится их правильное распределение, и, следовательно, при определении первоочередных мероприятий необходимо учитывать два следующих фактора – ущерб от заболевания и второе, доступные способы его снижения.

Следовательно, необходимо знать какие проблемы в каком регионе являются наиболее важными, знать какие вмешательства являются наиболее эффективными и знать, какие из эффективных вмешательств окажут наиболее положительное воздействие на здоровье населения при имеющемся уровне ресурсов.

Поэтому, 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.

Таким образом, 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.

#### Литература:

1. Акынбеков К.У., Сманкулова Н.С., Ибраимова Д.Д. Неформальные платежи населения за медицинские услуги (на примере г. Бишкек) // Известия вузов.- Бишкек: Издательский центр «МОК», 2005. - С.3-5.
2. Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики в 2005 году // Министерство здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканский медико-информационный центр.- Б., 2006.-276 с.
3. Сергеев В.И., Пинаев К.И., Карпунина Т.И. и др. Распространенность уrogenитальных микоплазм среди лиц, обратившихся в венерологический кабинет, и особенности эпидемического процесса мочеполового уреамикоплазмоза // Эпидемиология и инфекционные болезни.- Москва, 2004.- №5.- С.49-52.
4. Вислобоков А.В., Ломоносов К.М., Пахомов С.П. Анализ заболеваемости сифилисом среди женщин в Орловский области // Вестник дерматологии и венерологии.- Москва, 2005.- №2.- С.45-48.
5. Donovan B. Sexually transmissible infections other than HIV. Lancet 2004.- P.363, 545-556.

6. Тихонова Л.И., Салахов Э., Саусвик К. и др. // Инфекции, передаваемые половым путем.- Москва, 2003.- №3.- С.12-17.
7. Карамова А.Э., Поляков А.В., Комарова Н.В., Хамаганова // Российский журнал кожных и венерических болезней.- Москва, 2005.-№6.-С.69-75.
8. 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.
9. Jeffrey F. Peipert, Genital Chlamydial Infections, NEJM, 2003.- 15p.
10. 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.