

Орозбекова Б.Т.

ЭФФЕКТИВНОСТЬ СЛУЖБЫ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ПУТИ ОПТИМИЗАЦИИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП)

Orozbekova B.T.

EFFICIENCY OF THE SERVICE OF THE EPIDEMIC CONTROL AND WAY TO OPTIMIZATION OF THE PREVENTIVE MAINTENANCE INFECTION, SENT SEXUAL BY WAY (ISSW)

УДК: 616. 99-036.2:616.9-084

В статье дается анализ литературы, стратегии профилактики ИППП. Технологии сбора, хранения, анализа информации о распространении ИППП эффективность всех проводимых мероприятий, механизм учета финансовых средств и получение стратегической информации, необходимой для корректировки деятельности. Статистический надзор, лабораторный (диагностический) надзор, надзор за качеством излечения ИППП. Эпиднадзор за ИППП в учреждениях родовспоможения, за первичной профилактикой и переход на современные формулы управления системной профилактики ИППП.

Ключевые слова: *ИППП, стратегия, профилактика, эпиднадзор, статистический надзор, управление, современные формулы.*

In article is given analysis of the literature, strategies of the preventive maintenance ISSW. Technologies of the collection, keeping, analysis to information on spreading ISSW efficiency all conducted action, mechanism of the account of the financial facilities and reception to strategic information required for adjustment of activity. The statistical control, laboratory (diagnostic) control, control for quality of the curing IPPP. Epidemic control for ISSW in institutions of the puerperal houses, for primary preventive maintenance and transition on modern formulas of governing the system preventive maintenance ISSW.

Key words: *ISSW, strategy, preventive maintenance, epidemic control, statistical control, management, modern formulas.*

1. Служба эпиднадзора и ее задачи

В Ошской области Кыргызской Республике до сих пор не отработаны технологии сбора, хранения, анализа информации о распространении инфекции передаваемые половым путем (ИППП). Необходима единая система мониторинга и оценки, которой надлежит отслеживать и определять эффективность всех проводимых мероприятий, обеспечивать единый механизм учета финансовых средств и получение стратегической информации, необходимой для корректировки деятельности.

Исходя из выявленных проблем, обусловленной ИППП система эпидемиологического надзора в Ошской области должна включать следующие компоненты:

- статистический надзор (учет, регистрация, сбор материала, анализа);
- диагностический (лабораторный) надзор;

- клинический надзор (адекватность лечения, критерии излеченности);
- отслеживание факторов риска (поведенческий надзор, социальный надзор и др);
- эпиднадзор за профилактикой ИППП в учреждениях родовспоможения;
- оценка реализации Государственной программы по снижению ИППП.

Статистический надзор, предусматривает:

1. Изучение состояния эпидемии ИППП в различных регионах, среди различных контингентов.
2. Сбор, анализ и распространение точной и полной эпидемиологической информации.
3. Оценка распространности и Мониторинг программ по контролю и профилактике.
4. Предупреждение нозокоминальной передачи ИППП.
5. Сквозное поведенческое обследование групп, уязвимых в отношении ИППП.

Ранее нами указывалось, что главной причиной роста ИППП явилось то, что МЗ КР из перечня внеочередных донесений и перечня заболеваний, подлежащих эпидемиологическому расследованию исключило даже такие заболевания как сифилис и гонорея [1].

Следует пересмотреть данный приказ и включить в перечень донесений сифилиса и гонорею. Следует также, определится относительно принудительного обследования и лечения контактных лиц, так как в области и особенно в городе Ош обследование контактных лиц снижается (табл.1.).

Таблица. 1.

Динамика обследования контактных лиц

Годы наблюдения	Заболеемость сифилисом				Заболеемость			
	Ошская область		город Ош		Ошская область		город Ош	
	Число больн.	Обслед. контакт.	Число больн.	Обслед. контакт.	Число больн.	Обслед. контакт.	Число больн.	Обслед. контакт.
2000	764	30,4	327	68,2	420	69,1	162	93,8
2001	283	36,4	444	48,9	156	47,1	896	14,1
2002	220	43,6	283	65,7	80	33,8	358	16,5
2003	212	38,7	294	36,7	96	27,2	240	8,8
2004	182	37,4	198	32,8	74	25,1	283	8,1
2005	150	34,0	166	47,0	75	26,2	302	7,6
2006	143	34,3	140	37,1	59	23,6	270	7,8

Лабораторный (диагностический) надзор

На данном этапе в структуре диагностического надзора преобладают бактериоскопические методы исследования, которые зачастую не только не позволяют идентифицировать ИППП, но и обнаружить их присутствие. В настоящее время разработаны и внедрены в практику ИФА и ПЦР. Но отсутствует методический подход для лабораторий с ограниченными диагностическими возможностями. Собственные наблюдения и данных литературы показывает, что обеспечение качества результатов анализов биологического материала, его доставки, проведение исследований и лабораторного надзора включает в себя применение новейших методов, оборудования и внедрения в практику лабораторий концепции всеобщего управления качеством [3]. Сегодня популярны современные методы диагностики сифилиса с выявлением отдельных эпитопов белка 47, 15, 17, кД и TmpA.

Надзор за качеством излечения ИППП.

Возможность полного излечения больных сифилисом при полноценном использовании современных методов лечения не вызывает сомнений, о чем свидетельствуют следующие данные:

1. Отсутствие у подавляющего больных сифилисом при полноценном специфическом лечении, особенно в первичной и вторичной стадии сифилиса, каких – либо проявлений болезни на протяжении всей дальнейшей жизни;
2. Случаи повторного заражения (реинфекции);
3. Рождение женщинами, лечившимся современными полноценными специфическими методами (до наступления беременности или в первой половине ее), здорового потомства;
4. Отсутствие каких – либо признаков специфического поражения внутренних органов и нервной системы при вскрытии лиц, погибших от случайных причин, а ранее полноценного лечившихся по поводу сифилиса.

С другой стороны, в случаях нарушения режима лечения, неадекватных методов лечения, устойчивости бледной спирохеты к бактериальным препаратам болезнь может переходить в скрытые формы, поэтому необходимо устанавливать полноту излеченности, для этого используются те же методы, которые используются и для диагностики. При этом сроки установления излеченности определяется стадией и формой сифилиса;

1. Лица получившие превентивное лечение, снимаются с учета через 3 мес. Диспансерного наблюдения.
2. Больные, получившие полноценное лечение по поводу первичного серонегативного сифилиса,

подлежат снятию с учета после диспансерного наблюдения в течение 6 мес.

3. Больные, получившие полноценное лечение по поводу первичного серопозитивного и вторичного свежего сифилиса, так же лица получившие превентивное лечение в связи с переливанием крови от больного сифилисом, снимаются с учета после 1-2 лет диспансерного наблюдения.
4. Больные, получившие полноценное лечение по поводу вторичного рецидивного и скрытого (раннего, позднего, неуточненного) сифилиса подлежат снятию с учета после 3 лет диспансерного наблюдения. При стойкой, подтвержденной повторными исследованиями с интервалом не менее 6 мес негативации РВ, РИФ, РИБТ, больные вторичным рецидивным и ранним скрытым сифилисом могут быть сняты с учета ранее чем через 3 года диспансерного наблюдения.
5. Больные, начавшие лечение в третичном периоде, снимаются с учета после полноценного лечения и 3 лет дальнейшего клинико-серологического диспансерного наблюдения.
6. Больные висцеральным сифилисом и нейросифилисом снимаются с учета после полноценного лечения и последующего наблюдения в течение 3 лет. Лица с серорезистентностью снимаются с учета после полноценного лечения (основного) через 5 лет.
7. К работе в детских учреждениях, предприятиях общественного питания больные сифилисом могут быть допущены после выписки из стационара при условии систематического дальнейшего лечения и клинико-серологического наблюдения в кожно-венерологическом диспансере.
8. Дети, получившие лечение по поводу приобретенного сифилиса, допускаются в детские учреждения после выписки из стационара при условии систематического дальнейшего клинического и серологического диспансерного наблюдения.

Эпиднадзор за ИППП в учреждениях родовспоможения.

Заболевания мочеполовой системы у беременных Ошской области диагностируются у каждой второй (40,2%), а у эмигранток еще чаще – у 85,8%. В целом по области болезней мочеполовой системы (БМПС) сократились с 7,1% (1999г.) до 5,2% (2002г.). в структуре БМПС заболевания воспалительного половых органов женщины составляют 28,4%, следовательно, фон носительства ИППП у беременных достаточно высокий. Частота заболеваний мочеполовой системы у беременных по районам Ошской области представлена в табл. 2. наиболее высокий уровень в Чон-Алайском районе.

Таблица 2.

**Заболевания мочеполовой системы по регионам
Ошской области**

Наименование регионов (районов)	Средне-годовое число беременных за период	Из них % больных с БМПС	В том числе			
			2000	2003	2005	2007
Ошская область	24083	6,8	7,1	7,0	7,9	5,2
г.Ош	3765	10,5	16,3	9,6	8,8	7,4
Алайский	1410	3,4	3,8	3,6	3,3	2,9
Араванский	2113	4,2	4,0	4,2	4,9	3,5
Кара-Сууйский	6325	11,5	13,9	10,7	14,9	6,4
Кара-Кулжинский	1538	4,7	4,2	4,1	5,2	5,1
Ноокатский	4180	4,7	4,2	4,1	5,2	5,1
Узгенский	4083	2,8	3,1	3,4	2,5	2,2
Чон-Алайский	671	15,3	x	x	12,7	17,9

По существующим правилам, все беременные должны состоять на диспансерном учете с введением соответствующей документации, отражающей сроки обследования на ИППП. В 2007г. в Кыргызской Республике зарегистрировано 123 214 родов, из них 3 621 (2,9%) проходили на дому, а из числа родивших в стационаре (119593) не состояли под наблюдением 6 936 (5,8%), следовательно 8,7% или 10 557 беременных женщин не проходят должного обследования на ИППП.

Охват диспансерным наблюдением по регионам Ошской области представлен в табл. 3., из которой видно, что от 0 до 7,5% беременных в отдельные годы на учет не состояли. При этом динамике удельный вес беременных, не состоящих на учете, увеличилась в два раза (2001г. – 1,1%; 2007г. – 2,3%).

Таблица 3.

Охват диспансерным наблюдением беременных по регионам Ошской области

Наименование регионов (районов)	Количество родов			Из них не состояли под наблюдением (%)			Встали на учет до 12 нед.(%)		
	2001	2003	2007	2001	2003	2007	2001	2003	2007
Ошская область	24921	22470	25428	1,1	2,0	2,3	78,6	79,0	74,4
г.Ош	5132	5591	3687	3,9	4,0	0,9	64,9	64,7	70,9
Алайский	1144	943	1223	0	1,6	3,1	75,9	74,2	71,7
Араванский	2015	1952	2081	0	0	0,2	88,3	71,4	83,7
Кара-Сууйский	6111	6530	6684	0,8	0,9	1,1	82,0	75,9	80,2
Кара-Кулжинский	1703	1140	1386	1,0	0	0,9	72,7	75,0	78,1
Ноокатский	4148	4122	4712	0	0	0,5	83,4	90,8	89,6
Узгенский	3981	3504	4223	0	0,3	7,5	80,3	71,2	79,1
Чон-Алайский	687	393	569	0	0	0,5	75,9	86,9	89,1

Таблица 4.

Показатели раннего охвата достаточно высокие и по своей значимости опережают республиканские. Показатели раннего охвата по районам области в 2001г. колебались от 64,9% (г.Ош), до 88,3% (Араванский р-н). в 2007г. удельный вес вставших на учет до 12 недель беременности несколько повысился, но разброс остается прежним. Дородовую помощь 56% беременным оказывает врач и 42% - медсестра или акушерка. Среднее количество антенатальных визитов составляет 5,3.

Обследование на сифилис (реакция Вассермана) в первой половине беременности в отдельных регионах не превышает 65,2%, а во второй половине беременности показатель обследования еще ниже, в Алайском районе – 56%, в Узгенском – 42% (табл. 4.)

Частота обследования беременных на сифилис

Наименование регионов (районов)	Число женщин закончивших беременность	Обследовано на сифилис, реакция Вассермана			
		1-я половина		2-я половина	
		Число	%	Число	%
Ошская область	24568	22448	91,4	19046	77,5
г.Ош	3832	3766	98,3	3447	90,0
Алайский	1184	1065	89,9	664	56,0
Араванский	1923	1956	99,7	1901	98,9
Кара-Сууйский	6260	6012	96,0	5260	84,0
Кара-Кулжинский	1863	1214	65,2	1330	71,4
Ноокатский	4228	3877	91,7	3960	93,7
Узгенский	4580	3984	87,0	1925	42,0
Чон-Алайский	698	575	82,4	562	80,5

Таким образом, показатель своевременности (до 3 мес.) обследования беременных на сифилис и указывает на то, значительная часть Бере-менных ступает на роды без должного обследования на ИППП и представляют риск для персонала.

Данные анонимного опроса показали, что наряду с оплатой за диспансерное наблюдение беременные зачастую платят и за анализы. Наиболее частым платным анализом у беремен-ных является анализ на флору (68,2%). Этот анализ 54,3% беременных производят в государственных учреждениях и только 13,6% в частных. Мазок на УГИ чаще (44,2%) проводится в государственных учреждениях. Остальные анализы проводятся в государственных и частных учреждениях примерно поровну (табл. 5.). Стоимость анализов в частных лабораториях выше, чем в государственных в 2-3 раза.

Таблица. 5.

Частота и характер платных анализов, проводимых беременным с 2004 по 2006г.

Вид анализа	Абс.число			Удельный вес (%)			Стоимость анализа в сомах	
	Всего	В том числе		Всего	В том числе		В том числе	
		Гос.	Част.		Гос.	Част.	Гос.	Част.
Кровь на RW	35	18	17	22,4	11,7	11,0	38,9	69,7
Кровь на ВИЧ	29	17	12	18,8	11,0	7,8	70,0	109,0
Мазок на флору	105	84	21	68,2	54,5	13,6	87,4	190,7
Мазок на УГИ	92	68	24	59,7	44,2	15,6	99,5	251,7

Таким образом, если беременная выполнит даже по одному из обозначенных анализов, то их стоимость составит в государственной лабора-тории 804 сома и частной 1340 сомов. При этом качество выполненных исследований низкое, как правило, бактериоскопическое, ИФА и ПЦР являются редкостью.

Таблица. 6.

Частота заболеваемости беременных сифилисом

Годы	Абс. число			На 100 000 беременных		
	Респуб.	Ошск.обл.	г.Ош	Респуб.	Ошск.обл.	г.Ош
2001	36	6	2	37,1	24,1	39
2002	33	24	2	34,3	10,1	36
2003	39	14	2	38,7	62,3	77
2004	56	20	3	48,6	92,0	107
2005	58	21	3	53,9	90,1	110
2006	49	18	2	45,1	78,2	57
2007	39	19	2	32,6	74,7	54

Частота заболеваемости сифилисом в группе беременных отражена в табл. 6. Интенсивные показатели заболеваемости сифилисом в Ошской области, особенно в городе Ош, превышают таковые по республике в целом в 1,5 раза. По

данным ДЭН, распространенность сифилиса среди беременных женщин составляет 2,8%. Интенсивные показатели заболеваемости сифилисом беременных женщин превышает показатели общей популяции в 1,4 – 1,5 раза.

Таблица. 7.

Заболеваемость врожденным сифилисом с 1995 по 2007 гг.

Показатели	Годы наблюдения												
	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
	Республика												
Всего больных	3298	74 83	77 28	67 29	53 59	42 78	29 88	26 67	24 16	20 49	20 06	16 91	13 32
Из них врожденный	12	43	45	63	93	55	36	33	39	56	58	49	39
% врожд. к общему числу	0,4	0,6	0,6	0,9	1,7	1,3	1,2	1,2	1,6	2,7	2,9	2,9	2,9
	Ошская область												
Всего больных	910	12 77	13 75	15 40	993	764	727	503	506	380	316	283	196
Из них врожденный	3	1	8	10	12	12	6	24	14	20	21	18	19
% врожд. к общему числу	0,3	0,1	0,6	0,6	1,2	1,6	0,8	4,8	2,8	5,3	6,6	6,4	9,7

В последние годы в республике ежегодно регистрируется от 33 до 58 случаев врожденного сифилиса. Дети с врожденным сифилисом в общем числе больных сифилисом в республике составляют в разные годы от 0,4 до 2,9%, а в Ошской области от 0,3 до 9,7%. Негативным моментом является то, что удельный вес врожденного сифилиса относительно вновь заболевших растет (табл. 7.). Если в Ошской области в 1995 году больные врожденным сифилисом к числу заболевших впервые составило 0,3%, то в 2007г. – 9,7%. Это говорит о

том, что у матерей сифилис диагностируется поздно и им не проводится надлежащего лечения.

Гонорея выявлена у 3% беременных. В первую половину беременности обследовано на гонорею (бактериоскопическое) 56%, культуральное – нуль. Забор материала производится из секрета влагалища (82%), уретры (42%), бартолиновых желез (12%) и прямой кишки (6%). Лечение гонореи осуществляется амбулаторное, тогда как по положению оно должно производится в стационарно.

Таблица. 8.

Удельный вес домашних родов в Ошской области (без поздних выкидышей)

Регион (район)	Общее число родов	Из них роды прошли				Из числа родов на дому			
		В лечебных учреждениях		На дому		Госпитализированы		Не госпитализированы	
		Число	%	Число	%	Число	%	Число	%
Ошская обл.	49326	48435	98,2	891	1,8	599	67,2	292	32,8
г.Ош	10620	10468	98,6	152	1,4	142	93,4	10	6,6
Алайский	2359	2257	95,7	102	4,3	61	59,8	41	40,2
Араванский	3927	3894	99,2	33	0,8	24	72,7	9	27,3
Кара-Сууйский	11974	11784	98,4	190	1,6	180	94,7	10	5,3
Кара-Кулжинский	3017	2885	99,3	22	0,7	22	100	0	0,0
Ноокатский	8234	8181	99,4	53	0,6	52	98,1	1	1,9
Узгенский	7860	7543	96,0	317	4,0	96	30,3	221	69,7
Чон-Алайский	1335	1313	98,4	22	1,6	22	100	0	0,0

Профилактика бленнореи проводится в роддомах всем новорожденным путем закапывания в глаза свежеприготовленный 30% раствора сульфацилнатрия сразу после рождения и через 2 часа как только ребенка переводят в детскую палату. Своевременная диагностика и лечения гонококковой и хламидийной инфекции у беременных – наилучший метод предупреждения гонококковых и хламидийных заболеваний у новорожденных. Детям, родившимся вне медицинских учреждений, профилактика гонореи глаз не проводится. В Ошской области в домашней обстановке в среднем ежегодно рождается 439 (1,7%) детей, из них 28,2% не госпитализируются (табл. 8.). Число таких родов растет. Если в 1996г. в домашних условиях рожало 96 (23,1%) женщин, то в 2006г. – 152 (37,4%). Опасность таких родов в том, что новорожденным не проводится профилактика бленнореи глаз. Наибольшее число домашних родов отмечено в Узгенском (4,0%) и Алайском (4,3%) районах. К тому же в Узгенском районе 70% родильниц после родов остаются в домашних условиях, а в Алайском -40%.

Заболеваемость беременных новым ИППП. В целях изучения своевременности выявления у беременных ИППП было исследована полнота обследования на ИППП 320 женщин в ЦСМ методом сплошной выборки. Кольпит диагностирован у 208 (65%) и подтвержден морфологически. У 43 эрозией шейки матки.

Наличие моноинфекции выявлено у 26,3%, у 26,3%, сочетание двух инфекций обнаружено у 32,9%, трех – у 34,3% и четыре и более – у 6,5% женщин. В общей структуре ИППП чаще всего диагностирован бактериальный вагиноз (82,1%), уретральный кандидоз (36,2%), гарднереллез (52,0%), урогенитальный герпес (0,6%), уреаплазмоз (12,0%), триоманиз (21,2%) и хламидиоз (12,0%).

По утверждению ВОЗ (1996) первичная медико-санитарная помощь является наиболее совершенной формой медицинского обслуживания, но как показали наши исследования надзор за ИППП в учреждениях родовспоможения Ошской области низкий. Обследования на сифилис в первой половине беременности не превышает 65,2%, а во второй – 42%. Как результат относительно часто рождаются дети с врожденным сифилисом, к тому же остается относительно высоким процент детей, которым не проводится профилактика бленнореи. Данные недостатки могут быть устранены за счет улучшения качества диспансеризации беременных женщин.

Эпиднадзор за первичной профилактикой.

Мероприятия по проведению первичной профилактики инфекции, передаваемых половым путем, должны быть направлены:

1. Изменение модели поведения пациентов, внедрение современных элементов информирования, просвещения и консультирования:

- медицинское просвещение, направленное на информирование населения об ИППП и их последствиях;
- работа со СМИ по профилактике ИППП (систематические телевизионные циклы для обучения населения, выпуск брошюр, буклетов об ИППП и их профилактике);
- реализация образовательных программ для детей и подростков в организованных коллективах и сексуальных отношениях, обозначенная многими программами должна быть оставлена, так как провоцирует детей и подростков на раннее начало половой жизни, необходимо направить агитацию на воздержание от раннего секса, сохранение девственности, соблюдение здорового образа жизни.

2. Обеспечение эпидемиологического надзора за группами высокого поведенческого риска распространения заболеваний, передаваемых половым путем:

- среди подростков (центры реабилитации несовершеннолетних, медико-педагогические центры, инспекции по делам несовершеннолетних);
- среди лиц без определенного места жительства, задержанных за бродяжничество и содержащихся в ГУ «Республиканский центр социальной адаптации для лиц без определенного места жительства и занятий»;
- среди работников «секс-индустрии».

3. Проведение в полном объеме обязательных противоэпидемических мероприятий в очагах ИППП.

4. Обеспечение мероприятий по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, в учреждениях пенитенциарной системы.

5. Обеспечение качественной, доступной специализированной медицинской помощи больным ИППП с организацией межрайонных диспансеров.

Пути оптимизации профилактики ИППП

Законодательство КР по надзору и борьбе с ИППП с целом соответствует принципам и нормам международного права. Проводимая в стране реформа законодательства основана на принципах демократизации, гуманизации, открытости, целесообразности.

Основные действия по предупреждению и ликвидации ИППП определены Государственной программой, утвержденной Правительством КР от 6 июля 2006г. №498 «О Государственной программе по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010годы», в которой озабочены основные пути по предупреждению ИППП. Однако, проведен-

ные исследования показали, что по отдельным позициям законодательства и правоприменительная практика не соответствует принципам и нормам международного права. Так, регистрация ИППП производится с отступлениями от МКБ-10, в частности, формах первичной отчетности не указывается локализация специфического процесса, свежие и хронические заболевания гонореи отмечаются суммарно, отсутствуют указания на уровень и эффективность мероприятий проводимых анонимными кабинетами. Данные недочеты необходимо рассматривать, как дефекты вторичной профилактики, и они должны быть устранены.

Особого внимание заслуживают законодательства по обеспечению гендерного равенства. Пользуясь сложившейся социально-экономической ситуацией (безработица, низкая заработная плата и др), деловые люди Ошской области под предлогом заботы о здоровье уязвимых групп женщин, открыли своеобразные организации по продаже сексуальных услуг, охраняемые сотрудниками полиции. Необходим закон, регламентирующий безопасность и санитарно-гигиенические условия в этих учреждениях. Успех первичной профилактики напрямую зависит от устранения дискриминации против женщины во всех ее проявлениях. За женщинами остается право свободно и ответственно решать вопросы, связанные с охраной сексуального здоровья без принуждения, дискриминации и населения.

В рамках Государственной программы по предупреждению ИППП [2] каждое ведомство, имеющее отношение к ИППП, разработала свою программу по реализации поставленных задач. Исследования показали, что уровень заболеваемости снизился, но продолжает оставаться высоким, несмотря на то, что программа завершается в 2010г., при этом заболеваемость по отдельным ведомствам имеет 3 и 10 кратные различия. Одной из причин этому является несогласованность и бесконтрольность действий ведомств, и наличие конкуренции внутри ведомств. Данные противоречия указывают на необходимость создания единой системы мониторинга для Ошской области и повышения ответственности руководителей ведомств и организаций за реализацию мероприятий, создание поддерживающей социальной, юридической и политической среды, по предупреждению ИППП в КР отводится Правительству.

Совершенствование организационной структуры и процесса управления дерматовенерологической службы

Для обеспечения доступности медицинской, консультативно-методологической помощи необходимо улучшение материально-технической

базы дерматовенерологической службы, расширением ее штатного состава.

Справедливое распределение ресурсов здравоохранения по регионам страны и возможность получения гражданами доступной и качественной медицинской помощи в области охраны сексуального и репродуктивного здоровья независимо от уровня доходов.

Назрела необходимость организовать в Ошской области отделение первичной профилактики ИППП, которое занималось бы оценкой качества и эффективности профилактических и противоэпидемических мероприятий по снижению ИППП, занималось бы активным выявлением скрытого резервуара источников заражения, осуществляло контроль за качеством излечения ИППП, проводило скрининговые обследования «ядерных» групп населения на ИППП. Это – безработная молодежь, работницы коммерческого секса, заключенные. Основной принцип – ликвидация социально уязвимых групп населения.

В штате отделения первичной профилактики в обязательном порядке должен быть высококвалифицированный психолог, в обязанности которого входит обеспечение медико-психологической помощи в случаях насилия и реабилитации («телефон доверия, горячая линия»). Этим самым максимально приблизить дружественный дермато - венерологический сервис для наиболее уязвимых групп населения.

Внедрение в работу учреждений (подразделений) дермато - венерологической службы ресурсосберегающих технологий оказания медицинской помощи (дневник стационаров, амбулаторного лечения больных сифилисом).

Переход на современные формулы управления системной профилактики ИППП.

Рассматривая основные направления оптимизации управления профилактической системы ИППП, следует подчеркнуть ее основные принципы:

1. Государственный характер профилактической работы.

2. Основные направление – первичная профилактика.

3. Системный подход к профилактике. Участие в профилактической работе всех медицинских специалистов, СМИ, органов и учреждений образования, социальной защиты, внутренних дел, обороны, юстиции, молодежи, НПО и других заинтересованных служб и ведомств.

Для оценки эффективности управления могут быть использованы следующие показатели:

1. Основные показатели СЗ (сексуального здоровья) коэффициент заболевания ИППП по полу и возрасту.

2. Качество услуг здравоохранения в области СЗ.

3. Отзывчивость услуг здравоохранения (удовлетворенность пользователей медицинских услуг в области СЗ, объем охвата скринингом с целью выявления ИППП).

Повышение качества и эффективностью лечебных учреждений и ГСВ, целью которого является снижение рецидивов и отдаленных негативных последствий путем проведения следующих мероприятий:

1. Внедрение во все лечебные учреждения государственной и частной формации единой методологии активного выявления и дифференциальной диагностики ИППП.

2. Внедрение единых стандартов лабораторного обследования больных ИППП.

3. Внедрение в практику работы порядка и взаимодействия специалистов с венерологами, консультирование лиц с подозрением на заболевание ИППП.

4. Всех медицинских работников ПМСП необходимо ознакомить с эффективными методами первичной и вторичной профилактики ИППП, об опасности и отдаленных последствиях (моральном, социальном и экономическом ущербе). Особое внимание обратить на опасность хламидиоза.

Введение новых протоколов лечения больных ИППП будет способствовать повышению качества лечения и должно быть обязательным к исполнению врачами всех ЛПУ. К проведению превентивного и посиндромного лечения (наркоманы, РС) без лабораторного подтверждения диагноза мы относимся отрицательно, мотивируя тем, что, если нет ИППП, то зачем назначать антибактериальные средства. Назначение антибактериальной терапии без лабораторного подтверждения выстрел в слепую, так как ИППП может оказаться устойчивой к данному препарату, к тому же не можем установить критерий излеченности. Таких больных необходимо брать на диспансерный учет, лечение проводить стационарно.

Образование и просвещение населения по вопросам профилактики ИППП

В условиях сложившейся эпидемиологической ситуации по ИППП в республике и области, немаловажное значение имеет разработка новых «нетрадиционных» инициатив, направленных, главным образом, на изменение моделей поведения людей, приводящих к заражению ИППП. Необходимо сконцентрировать внимание на поведение молодежи в местах сбора. В этих местах недопустимо распитие алкогольных напитков, так как они являются стимулятором случайных и насильственных половых связей.

Заслуживает внимания также привлечение религиозных лидеров к программам по борьбе с ИППП и создание общественных советов в айылах, поселках по пропаганде здорового образа жизни, сохранению репродуктивного и сексуального здоровья.

В соответствии с проектом «Манас Таалими» основным мероприятием по первичной профилактике является разработка информационно-образовательных программ по профилактике ИППП, которые включают в себя обучение населения вопросам профилактики ИППП.

Составными элементами программы нравственного и полового воспитания среди учащихся являются:

- пропаганда традиционных нравственных ценностей, отсрочка времени первого сексуального контакта;

- информация о сущности и опасности ИППП (включая ВИЧ – инфекции).

Такие методы, как разъяснение, показ и бесплатная раздача барьерных контрацептивов и антисептики в индивидуальной упаковке у учащихся и студентов только повышает интерес к сексу необходимо проводить индивидуальную работу, направленную на разъяснение опасности раннего применения при случайных связях барьерных контрацептивов.

Для взрослых поучительными являются такие мероприятия как посещение лекций, диспутов, «круглых столов», бесед, образовательных тренингов.

При планировании семинарских занятий по профилактике ИППП для медицинских работников необходимо отражать вопросы этиологии, эпидемиологии, лабораторной диагностики, лечения, диспансерного наблюдения и мероприятий по первичной профилактике, так как по этим вопросам наиболее часто допускаются тактические ошибки.

За период с 1997 года изданы многочисленные информационные материалы, на которые затрачены значительные финансовые средства. Так, на реализацию Государственной программы по профилактике ИППП и СПИДа на 2001-2005 годы Кыргызстане было израсходовано 9,6 миллионов долларов США, из них не менее 30% ушло на информационно - образовательные программы. За период с 2001 по 2005гг. заболеваемость сифилисом сократилось 982 случая и гонореей – на 946 больных. В сумме на 1928 больных, следовательно, на один случай снижения заболеваемости было затрачено 1494 долларов США, что указывает на низкую эффективность образовательных программ.

В итоге отметим, что качественное проведение профилактики ИППП невозможно без единого руководства и координации. Для интеграции профилактических мероприятий предлагается создание в Ошской области

«Отделения первичной профилактики», который возглавляется главным врачом Ошского кожно-венерологического диспансера. Важными элементами данной интегрированной системы профилактики на уровне области должны стать: эпидемиологический надзор за ИППП, мероприятия по активному выявлению больных ИПП, их лечению. И профилактике. В рамках эпидемиологического надзора за ИППП решением губернатора области определяются задачи и функции отделения, объем сбора и анализа информации каждой из участвующих служб (дерматовенерологической, медицинской, службы профилактики и борьбы со СПИД, ЗОЖ, госанэпид службы, органов социальной защиты, государственной статистики и других), сроки обработки полученных сведений и взаимное информирование. Учитывая определяющие влияние социальных факторов на эпидемический процесс ИППП, система эпидемиологического надзора должна носить характер мониторинга, основной целью которого является своевременная коррекция проводимых профилактических мероприятий.

Литература:

1. Руководство о предоставлении внеочередных донесений и перечень заболеваний, подлежащих эпидемиологическому расследованию: Утверждено приказом МЗ КР № 318 от 29.08.07г.
2. Правительства КР от 6 июля 2006г. №498 «О Государственной программе по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010годы».
3. Титов В.Н. Контроль качества в клинической биохимии // Клиническая лабораторная диагностика .- 1994. - №3. – С. 44-47.
4. Указ Президента КР «О национальной стратегии охраны репродуктивного здоровья населения Кыргызской Республики до 2015 года» от 15июля 2006 года №387.
5. Баев М.В. Распространенность, факторы риска и пути совершенствования профилактики инфекций, передаваемых половым путем (на примере Пензенской области): Дисс. канд.мед.наук.-14.00.33-Рязань, 2001.-177с.
6. Бобрик А.В. Контроль ИППП в новых эпидемиологических условиях // ИППП. – 2002. – № 3. – С. 21-24.
7. Гребешева И.И., Хомянина Н.С., Зубкова Н.З. с соавт. Медико-организационные аспекты проблемы полового воспитания подростков // Педиатрия. – 1990. – № 9. – С. 73-76.
8. Кабыкенова Р.К. Совершенствование управления снижением заболеваемости населения основными инфекциями, передающимися половым путем: Автореф. ... дисс.канд.мед.наук.:14.00.30-Алматы, 2004.-29с.
9. Какеев Б.А. Этиопатогенетические особенности урогенитальной инфекции у женщин репродуктивного возраста: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук.:14.00.16.-Бишкек, 2001.-22с.

10. Кубанова А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001-2005 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 4-8.
11. Кубанова А.А., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в группах повышенного поведенческого риска // Вестник дерматологии и венерологии. – 2000. – №5. – С.4-6.
12. Лузан Н.В., Зайцева Е.В. Современные стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путём (ИППП) у несовершеннолетних // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 5. – С. 37-39.
13. Орозбекова Б.Т. Медико-социальные аспекты болезней мочеполовой системы у женщин репродуктивного возраста и меры по их предупреждению: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук.:14.00.33.-Бишкек, 2001.-21с.
14. Скрипкин Ю.К. Пути совершенствования противовенерической помощи населению // В сб.: “Кожные и венерические болезни”.-М., 1996.-С.3-11.
15. Тихонова Л.И. Дерматовенерологическая служба в Российской Федерации при переходе к рыночным отношениям // Здравоохран. Рос. Фед. – 1992. – № 4. – С. 6-9.
16. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины). – М., 1998. – 216 с. (пер. с англ.).
17. Шакиева Г.Ж. Инфекции, передаваемые половым путем среди подростков: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук.:14.00.11.-Алматы, 2001.-29
18. Hayden J. The condom race // J. Am. Coll. Health, 1993 nov. – № 42 (3). – P.133-136.
19. Hoog E.W. Biomedical issues in syphilis control // Sex. Trans. Diss. – 1996 Jun. – № 23 (1). – P. 5-8.
20. Raj A., Pollak R.H. Factors predicting high-risk sexual behavior in heterosexual college females // J. Sexual. Marital Therapy.-1995.- N21(3).-P.213-224.