

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКИЙ ПЕДИАТРИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ**

На правах рукописи

УДК: 616.97 – 036.2 - 084

ДАНБАЕВА ЖУЛДЫЗ СЕЙТКАМЗИНОВНА

**ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И МЕТОДИЧЕСКИЕ РАЗРАБОТКИ
МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫХ И ОРГАНИЗАЦИОННО –
УПРАВЛЕНЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ
ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ**

14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени

доктора медицинских наук

Ташкент – 2007

Работа выполнена в Казахской государственной медицинской академии
Министерства здравоохранения Республики Казахстан

Научный консультант: доктор медицинских наук, профессор
профессор О.Т. Жузжанов

Официальные оппоненты: доктор медицинских наук, профессор

доктор медицинских наук, профессор

Ведущая организация: Ташкентский институт
усовершенствования врачей

Защита диссертации состоится «_____» _____ 2007 года в
_____ часов на заседании Специализированного Совета Д087.10.01 при
Ташкентском Педиатрическом медицинском институте (100140, Ташкент,
ул.Дж.Абидовой, 223).

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Ташкентского
Педиатрического медицинского института.

Автореферат разослан «_____» _____ 2007 года

**Ученый секретарь
специализированного совета
доктор медицинских наук**

М.К.ШАРИПОВА

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДИССЕРТАЦИИ

Актуальность работы. За последние годы, как в мире, так и в Казахстане усилилось внимание к проблемам эпидемиологии и профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в связи с их широким распространением среди всех групп населения.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ежегодно в мире наблюдается значительный рост ИППП, из них 12-13 млн. случаев приходится на сифилис (ВОЗ, 1998). Начиная с 1991 года, эпидемия ИППП охватила все страны бывшего СССР (ВОЗ, 1996, М.В. Адлер, 1997, А.А. Кубанова с соавт., 2000). В Российской Федерации заболеваемость сифилисом, являющегося маркером ИППП, за период с 1988 года возросла в 65 раз и в 2005 году составила 277,3 на 100 тыс. населения (В.А. Аковбян с соавтр. 1998). В Казахстане ИППП также являются одной из наиболее важных медико-социальных проблем, острота её обусловлена эпидемическим ростом сифилиса, ВИЧ-инфекции и других ИППП (Z.B. Keshileva, A.B Kosukhin, 1998). Основной причиной роста ИППП является – “современный этап переустройства постсоветских государств, характеризующийся сменой политической и экономической систем, поведенческим изменением изменением сексуальных отношений, все более растущим потреблением наркотиков и спиртных напитков и снижением финансирования программ здоровья” (З.Б. Кешилева, 1997).

Современная венерология, кроме классических венерических болезней (сифилис, гонорея, шанкроид, паховая гранулема, венерическая лимфогранулема) включает более 20 инфекций, передаваемых половым путем: уrogenитальный хламидиоз, трихомониаз, уреаплазмоз, кандидоз, герпес, ВИЧ-инфекция, гепатит - В и др. (Ю.К. Скрипкин, 2001). Волна новых инфекций нарастает и поэтому, несмотря на изменяющуюся в лучшую сторону эпидемическую ситуацию по ИППП острота проблем организации борьбы и профилактики заболеваний в регионах не снижается. Кроме того, существующее «благополучие» относительно, поскольку под влиянием биологических или социальных факторов процесс распространения некоторых нозологических форм ИППП может усиливаться. Наиболее опасной инфекцией, передаваемой половым путем, которая до настоящего времени является неизлечимой и может заканчиваться летально, является ВИЧ – инфекция, рост которой констатируется во всем мире. В странах СНГ за последние 10-15 лет отмечаются изменения в динамике заболеваемости ИППП.

Заболеваемость ИППП наиболее распространена в группах риска: среди проституток, подростков, водителей-«дальнобойщиков», туристов, торговцев-«челноков» и др.

Миграция населения, принявшая по разным причинам в странах СНГ массовый характер, также влияет на рост ИППП. Туристы, мелкие торговцы-«челноки» обычно являются лицами молодого возраста, средний возраст

которых составляет 40 лет. Они, как правило, легкомысленно относятся к возможности заражения ИППП. В результате 10% лиц возвращаются из путешествий с ИППП. В начале 90-х годов большая часть населения имели слабую информативность в вопросах профилактики ИППП, но в конце XX века, в особенности после внедрения ряда мероприятий в городах по первичной и вторичной профилактике ИППП, этот пробел был ликвидирован (Z.B.Keshileva, A.B. Kosukhin, 1998).

Степень изученности проблемы. В настоящее время в структуре ИППП ведущие места в республике принадлежат трихомониазу (192,4 на 100 тыс. населения), сифилису (161,4), гонококковой инфекции (88,2). Далее по значимости следуют хламидийная инфекция (38,5), уреа-микоплазменная инфекция (16,4) и аногенитальный герпес (4,3 на 100 тыс. населения) (М.Т. Шакиров с соавтр., 2003, А.Д. Сатвалдиева с соавтр., 2005).

Здравоохранение республики в первые годы эпидемии ИППП оказалось не готовым к использованию современных методов профилактики заболеваний, положительно зарекомендованных во многих зарубежных государствах. Несмотря на большую научно-практическую значимость, до сих пор в Казахстане остаются недостаточно изученными эпидемиологические аспекты распространения и выявления ИППП среди различных социально-демографических и профессиональных групп населения. Отмечается явный дефицит исследований, посвященных проблеме совершенствования профилактики ИППП в условиях социально-экономических преобразований и реформирования здравоохранения, организации специализированной медицинской помощи больным. Все это требует разработки медико-социальной и организационно-управленческой технологии профилактики ИППП.

Широкомасштабное внедрение мер борьбы с инфекцией позволили снизить уровень заболеваемости сифилисом - маркером ИППП к 2005 году в целом по республике до 123,2 на 100 тысяч населения. Особенностью эпидемии является высокая распространенность ИППП среди населения крупных городов и в частности столиц. Большая вероятность распространения ИППП в столицах обусловлена значительной долей молодых лиц в возрастной структуре населения, главным образом, за счет студенческой молодежи, «наплывом» в столицы разного рода командированных и т.д. (А.А. Кубанова, О.К. Лосева, 2000).

В этом ряду г. Астана занимает особое место. С преобразованием города в столицу многое в ней стало радикально изменяться. Город растет быстрыми темпами (А. Дауренбеков, 2003). Резко увеличивается численность населения, прикомандированных к местам работы, мелких торговцев — челноков, студенческой молодежи. Значительная часть этого населения либо не имеют семьи, либо надолго оторваны от нее. Быт и досуг прикомандированных к местам работы, как правило, не налажен. Кроме того,

существует целый ряд других факторов, подлежащих изучению и являющихся причиной роста заболеваемости в столичном городе.

К основным направлениям реформы здравоохранения являются: повышение эффективности деятельности учреждений системы лечебно-профилактической помощи, рациональное использование имеющихся кадровых, материальных и финансовых ресурсов, приоритетное развитие первичной медицинской помощи, и приоритетное развитие профилактических мер инфекционных заболеваний, к числу которых относится ИППП.

Для реализации этих задач необходимо создание высокотехнологичной системы здравоохранения, обеспечивающей сохранение всеобщей доступности к качественной и эффективной медико-социальной помощи населению при одновременном расширении возможностей получения населением новых и дополнительных видов медицинских услуг, в частности в области ИППП и ВИЧ/СПИДа. Все вышеизложенное обусловило актуальность и необходимость проведения настоящих исследований.

Связь диссертационной работы с тематическими планами НИР. Настоящие научные исследования проведены в 1999-2005 гг. в рамках реализации Государственной программы «Об утверждении программы по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем на 1999-2000 годы», а также «Региональной программы по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем на 1999-2002 годы (г. Астана)». Номер государственной регистрации темы исследования в КазГОСИТИ – 0104 РК 00162.

Цель исследования: Изучить причины, обуславливающие неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию по ИППП, разработка и внедрение инновационных медико-социальных и организационно-управленческих технологий по усилению комплексной профилактики и контроля ИППП в г.Астане.

Задачи исследования:

1. Дать социально-демографическую характеристику населения быстро развивающегося в г.Астаны
2. Изучить социальный портрет больных с ИППП
3. Изучить особенности развития эпидемического процесса, распространенность ИППП среди различных групп населения г. Астаны.
4. Прогнозировать заболеваемость ИППП в г.Астане на ближайшие годы.
5. Разработать, внедрить и оценить эффективность реализации медико-социальных технологий по профилактике ИППП.
6. Разработать, внедрить и оценить эффективность реализации организационно-управленческих технологий по профилактике ИППП.

7. Внести изменения в методике расчета потребности числа врачей и больничных коек на 10 тыс. населения дерматовенерологического профиля г.Астаны.

8. Обосновать концепцию по совершенствованию мер первичной и вторичной профилактики ИППП, эффективных управленческих и организационных решений, адекватных современному этапу развития Республики Казахстан.

9. Разработать рекомендации по дальнейшему совершенствованию профилактики ИППП в современных условиях.

Объект и предмет исследования. Больные с ИППП – 7781 человека, лица из групп риска - 7573 человека, 1573 человека из РКС и т.д., всего обратившихся за пять лет 408902 человек.

Методы исследований: информационно-аналитический, исторический, социально-гигиенический, экспертная оценка, хронометраж, экономический анализ, математическое моделирование, статистический, социологический опрос интервью.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Эпидемия инфекций, передаваемых половым путем в г. Астана в 90-х годах характеризовалась высокими показателями, характерной в целом которые для республики, с максимальным подъемом заболеваемости сифилисом в 1999 году, в картине которого участвовали скрытые формы сифилиса и врожденный сифилис. Отмечается рост ИППП «нового поколения»: хламидиоз, уреаплазменная инфекции, вирус простого герпеса, цитомегаловирус и др. указывающий на напряженность эпидемической ситуации и возможность новых вспышек заболеваний.

2. Методология стратегического планирования медицинской (дерматовенерологической) помощи населению, использования инновационных медико-социальных и организационно-управленческих технологий ориентированных на учет факторов и групп риска, а также активность населения обеспечивает усиление концепции борьбы, контроля и профилактики ИППП.

3. На распространенность и состояние выявления ИППП среди различных социально-демографических и профессиональных групп населения влияют эпидемиологические, поведенческие и социальные факторы. Тактика проведения профилактических мероприятий среди населения города должна строиться с учетом особенностей демографического и медико-социального развития города, медико-социального портрета жителей, особенностей их полового поведения и возможностей медицинской помощи.

4. Основными приоритетными направлениями управления эпидемическим процессом ИППП являются совершенствование системы профилактики, сохранение приоритета первичной медико-санитарной помощи ведения больных, достаточного нормативного бюджетного

финансирования профилактических и лечебных мероприятий.

5. Концепция первичной профилактики ИППП основывается на: ориентация на группы риска; целенаправленное воздействие на факторы риска и их мониторинга; активное управление эпидемиологическим процессом; межсекторальное сотрудничество; государственное регулирование; достаточный объем финансирования службы; активное вовлечение населения; репликация современных организационных технологий.

6. Предложенная методика расчета потребности во врачах и больничных койках дерматовенерологического профиля улучшает обслуживание больных, повышает качество медицинской помощи.

Научная новизна. Впервые, в условиях г. Астаны получена развернутая эпидемиологическая характеристика распространенности ИППП в динамике в различных социально-демографических и профессиональных группах населения.

Представлен прогноз развития эпидемического процесса ИППП в городе, в зависимости от половой и возрастной структуры.

Установлены закономерности влияния поведенческих и социальных факторов на эпидемический процесс при ИППП.

Углублено, изучено мнение населения г. Астаны (анкеты и интервью) по отношению к ИППП.

Дана оценка эффективности реализации медико-социальных и организационно – управленческих технологий по профилактике ИППП.

Обоснованы и разработаны медико-организационные технологии в развитии дерматовенерологической помощи населению столицы Республики Казахстан и проведены путем хронометрирования расчеты потребности населения во врачебных кадрах и больничных коек на 10 тыс. населения.

Обоснованы рекомендации по совершенствованию организации профилактики в сложившихся социально-экономических условиях быстро развивающегося города.

Научная и практическая значимость результатов исследования. Углубленное изучение формирования закономерностей эпидемиологического процесса распространенности ИППП позволяет не только прогнозировать события, но и определить концептуальные положения первичной и вторичной профилактики ИППП в быстро развивающемся городе. Обоснование и реализация инновационных медико–социальных и организационно–управленческих технологий профилактики ИППП представляются крупным вкладом в теорию управления лечебно-профилактическими процессами в современных условиях.

Прогноз распространенности ИППП позволяет принять оптимальные меры первичной профилактики с учетом выявленных факторов риска заболевания ИППП.

Применяемые инновационные медико–социальные и организационно–управленческие технологии профилактики ИППП показали свою высокую эффективность и могут быть использованы в других регионах страны.

Реализация инновационных профилактических, диагностических, лечебных ориентированы на принципы стратегического планирования по предупреждению ИППП.

Совершенствование деятельности дерматовенерологического диспансера направлено на активное взаимодействие его с государственными, частными медицинскими, неправительственными, немедицинскими и общественными организациями по выявлению и профилактике ИППП в столице.

Результаты работы внедрены в деятельность Центра дерматологии и профилактики ИППП г. Астаны, Акмолинского, Алматинского областных кожно-венерологических диспансеров. Разработанные методические подходы по совершенствованию профилактики ИППП были приняты во внимание при создании научно-образовательных программ на кафедрах Казахской государственной медицинской академии города Астаны, эпидемиологии и кожных и венерологических болезней Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, Алматинского института усовершенствования врачей, Казахстанского медицинского института г. Алматы.

Реализация результатов. Результаты работы внедрены в деятельность Центра дерматологии и профилактики ИППП г. Астаны, Акмолинского, Алматинского областных кожно-венерологических диспансеров.

Материалы исследования использованы при разработке городской региональной программы по профилактике и контролю ИППП, приказов, инструктивных методических писем по профилактике ИППП департаментом здравоохранения города Астаны за 2000-2005 гг.

Отдельные фрагменты работы нашли отражение:

- ✓ в законе по борьбе с ВИЧ – СПИД в РК;
- ✓ в приказе Министерства здравоохранения Республики Казахстан по штатам, нормативов развития сети дерматовенерологических учреждений;
- ✓ в методической рекомендации по применению анонимного приема;
- ✓ в разработке современных лабораторных методов диагностики ИППП.

Апробация работы. Материалы исследования доложены и обсуждены на: коллегиях департамента здравоохранения гг. Астана, Кокшетау (2004-2005); совещаниях и семинарах Центра дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем (г.Астана, 2000-2005); научно-практической конференции; заседании Ученого совета (межкафедральном) КазГМА; в управлении городским отделом здравоохранения МЗ РК; за рубежом, апробационном совете ТашПМИ (2007), научном семинаре ТМА (2007) и НИИ ДиВ (2007).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 42 печатные работы, из них 29 журнальных статей, 12 тезисов в сборниках научных трудов.

Структура и объем диссертации. Диссертация изложена на *** страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, главы материалы и методы исследования, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя литературы, включающего 304 источника, в том числе 112 авторов Казахстана, 103 авторов СНГ и 89 дальнего зарубежья. Работа иллюстрирована 47 таблицами, 28 рисунками.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ ДИССЕРТАЦИИ

Во введении изложены актуальность и степень изученности проблемы; связь диссертационной работы с тематическими планами НИР; цель и задачи исследования; научная новизна; научная и практическая значимость работы; основные положения, выносимые на защиту; внедрение результатов в практику, апробация материалов диссертации; объем и структура диссертации.

В первой главе (обзор литературы) отражены современные данные литературы о закономерностях формирования и развития ИППП в разных странах мира и особенности в крупных городах и столицах отдельных стран, изложены теоретические и практические аспекты новых инфекций передаваемых половым путем, проанализированы основные направления профилактики ИППП и определены теоретические и практические подходы их оценки.

Во второй главе отражены материал и методы исследования. Материалами для изучения явились данные официальной статистики и отчетности за 1992-2005 гг. по отчетно-учетным формам, утвержденным Минздравом Казахстана; акты расследования эпидемических очагов ИППП; справки контроля состояния профилактической работы по ИППП в лечебных учреждениях города; результаты ежегодного эпидемиологического анализа ИППП.

Всего за пять лет проведенных исследований в дружественные клиники обратилось 11252 человека, в хозрасчетные отделения и конфиденциальные кабинеты – 127701 человек, в информационно – консультативные отделения – 21732 человека, обращение в Интернет почту – 2034 человека, медицинское консультирование – 1643 человека, психологическое консультирование – 238 человек, юридическое консультирование – 514 человек, выдача презервативов – 27 200 штук, обращение РКС – 1573 человека, обращение из групп риска – 7573 человек, итого обращений было – 408 902 человека.

Проведен ретроспективный, анализ заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в г.Астана (Акмола - Целиноград). За 15 лет (1990 – 2005 гг.) изучены группы лиц наиболее уязвимых в отношении

ИППП, и впервые данные о заболеваемости основных ИППП отображены в возрастно-половом аспекте на 100 тыс. соответствующего населения. Для проведения прогнозирования применен метод временного тренда, основанный на выравнивании многолетних динамических рядов.

Осуществлено поэтапное комплексное социально-гигиеническое исследование и применены следующие методы исследования: информационно-аналитический, исторический, социально – гигиенический, экспертных оценок, хронометража, аналитический, математического моделирования, статистический, социологический опрос интервью.

Использованные в исследовании анонимные анкеты были разработаны специально для вышеназванных групп респондентов. Экспертная оценка осуществлялась общепринятыми статистическими методами. Разработка и сводка материала включала заполнение таблиц (простых, групповых, комбинационных).

С целью изучения активности полового пути передачи ретроспективному эпидемиологическому анализу подверглись случаи заболеваний сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза, выявленные в г. Астане в период с 1992 по 2005 гг.

В процессе исследования собирались и анализировались сведения о материально-технической базе и уровне лабораторного оснащения кожно-венерологических учреждений города.

Кроме того, нами составлена специальная анонимная анкета, в которой нашли отражение основные вопросы оценки респондентного социально-экономического положения, уровня организации здравоохранения и оказания медицинской помощи по месту жительства, а также отношение населения указанных групп к проблемам сексуального здоровья, в том числе полового поведения, заболеваемости ИППП и информированности обеих групп населения в вопросах профилактики ИППП.

В анонимном анкетировании приняли участие 593 респондента в возрасте 15-42 лет. Стандартность формирования выборки подтверждалось одинаковым распределением опрошенных по полу и возрасту. Данные опроса заносились респондентами в анонимные анкеты для последующей компьютерной обработки. Для изучения взаимосвязи между изучаемыми признаками использован метод корреляции.

Статистическую обработку полученных данных осуществляли компьютерной программой по общепринятым методам вариационной статистики, достоверность сравниваемых величин определяли по критерию Стьюдента. Результаты считали достоверными при $p > 0,05$.

В третьей главе дана социально – демографическая характеристика населения столицы Республики Казахстан и проанализированы основные причины роста ИППП. За короткий период независимости страна добилась значительного прогресса в экономическом отношении и в социальном преобразовании. 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 наблюдался на 1997 год, когда заболеваемость сифилисом в среднем по республике почти в 200 раз превысила показатели 1990 года. В этот период Правительство Республики Казахстан приняло Программу по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем на 1999-2000 годы и в последующем продлевает её до 2002 года. Особенностью эпидемии является высокая распространенность сифилиса среди населения крупных городов республики.

В этом ряду г.Астана занимает особое место. С преобразованием города в столицу увеличивается приток населения в город, параллельно возросла заболеваемость сифилисом, в 1999 показатели по городу в 1,7 раза, а в 2005 году в 2 раза превысили среднереспубликанские показатели.

Резко изменившиеся условия жизни в г.Астане и эпидемическая ситуация и принятые экстраординарные меры профилактики, в том числе медицинские, реализация которых потребовала научного осмысления проведенной работы, так как с подобной практикой может столкнуться любой кожно-венерологический диспансер других городов республики .

Жилищное обустройство приезжих и молодых семей представляет большие трудности. Среди жителей города увеличилось число разводов на 29,8%, и число лиц никогда не состоявших в браке. Особенно это отразилось на женщинах. Еще велико количество населения не имеющего постоянной работы: 8,3% среди мужчин, 12,5% - среди женщин, обратившихся в кожно-венерологические учреждения. Уровень занятости женщин экономически активного населения отстаёт от мужчин. Основной процент заболевших ИППП формируется за счет лиц наиболее экономически активной возрастной группы 25-54 года (78,1%), доля молодых лиц от 16 до 24 лет (13%). В гендерном отношении доля безработных женщин в возрасте 16-24 года составила 57,6%.

Определенную роль в распространении ИППП играет рост денежных доходов на душу населения, только 4% населения получают зарплату выше 75-процентной стоимости прожиточной заработной платы, а гораздо больше людей - ниже прожиточного уровня.

По сравнению с 1994 годом увеличилось число ВУЗов - в 5 раз, колледжей втрое, а количество студентов в 1,8 раза.

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

Анализ социально-демографической ситуации в Астане показывает, что с организацией столицы резко усилились миграционные процессы, город помолодел, в тоже время еще недостаточно полно решены вопросы занятости населения, имеется большой разрыв в доходах жителей, трудности обустройства приезжих. Успешно решаются вопросы организации досуга

населения, туристической деятельности. Подъем ИППП, отмеченный в первые годы существования столицы, был обусловлен происходящими демографическими изменениями, наплывом населения со всех регионов страны, в том числе неблагополучных по ИППП. Принимаемые в столице меры по первичной профилактике заболеваний, в первую очередь - повышение образованности населения об ИППП, организация культурного отдыха будут способствовать улучшению эпидемиологической ситуации в г.Астане.

В четвертой главе дана оценка медико-социологического портрета пациентов, больных ИППП. Возросшая миграция, наличие безработных, увеличение численности молодых их незанятость может стать одним из основных рисков ИППП. Подтверждением тому стали результаты анкетного опроса. В опросе приняло участие 309 мужчин и 284 женщины. Все пациенты, обратившиеся в Центр дерматологии и профилактики ЗППП, распределялись по возрасту, в возрасте до 20 лет - 34,3% мужчин и 35,2% женщин - от 20 до 30 лет – 53,1% мужчин, 66,3% - женщин. В собственных домах проживает почти треть мужчин и 17,6% женщин. Имеют отдельную квартиру 33% мужчин и 42,9 % женщин. Коммунальной квартирой обеспечены около 3% лиц обоего пола и в равной степени они пользуются снимаемой жилплощадью. Половина опрошенных лиц обоего пола не состоит в браке. На государственных предприятиях занято 22,6% мужчин и более 30% женщин; в частном бизнесе в 2 раза больше мужчин, в торговле представлены в равной степени оба пола (по 7%). Таким образом, трудоустроены более половины мужчин и несколько меньше женщин. Половина респондентов указала на небольшие, не превышающие уровень прожиточного минимума размеры дохода.

Респонденты имели довольно высокий образовательный уровень: высшее образование имели 23,6% женщин и 31% - мужчин, неполное высшее – примерно 15% лиц обоего пола.

На наличие вредных привычек ответили: курят 80% женщин и 46,6% мужчин, употребляют алкоголь соответственно 8,8% и 14%, наркотики - 3,5% и 22,6% . Только 0,3% мужчин попытались излечиться от алкоголизма.

Более трети мужчин и более половины женщин заявили, что половой жизнью живут только с одним половым партнером. Половина опрошенных лиц норма полового поведения – секс в помещении. Однако для 22,6% мужчин и 8,8% женщин это обстоятельство не имеет значения. Для 3,6% респондентов мужчин секс уместен на улице.

Как правило, половые контакты разнополые (норма для мужчин в 71,2% случаев и для женщин 60,2%).

На вопрос о частоте обращения к венерологам ответ дали 83,5% мужчин и 65,2% женщин. 62;0 % респондентов- мужчин заявили, что раньше в этой помощи нужды не было, женщины такой же ответ дали в 46,1%

случаев. Презервативами пользуются 81,5% мужчин и 44,4% женщин, зато последние значительно чаще прибегают к помощи других средств защиты.

По мнению пациентов-респондентов развитие ИППП зависит в порядке убывания от следующих сопутствующих факторов: нравственных, материальных, социальных, экономических, психологических, поведенческих, юридических и менее всего от религиозных.

Таким образом, из представленного материала видно, что больных ИППП мужчин несколько больше чем женщин. В основном это лица молодого возраста. Половина опрошенных лиц обоего пола не состоит в браке. Большой процент пациентов являются учащиеся средних и высших учебных заведений, работниками госпредприятий или связаны с торговлей. Около 40 % участвующих в опросе имеют среднее специальное образование, более 20% мужчин и 30% женщин - высшее. Пристрастия к употреблению алкоголя, наркотиков у значительного большинства респондентов нет. В отношении полового поведения установлено, что чаще смена половых партнеров происходит у женщин. Сексуальные встречи происходят в помещениях, хотя для значительной части мужчин это обстоятельство не имеет существенного значения. Несколько чаще к врачам венерологам обращаются мужчины. Представленный собирательный образ больных показывает, что в группу риска входят молодые лица в основном учащиеся и студенты, но также и госслужащие с довольно высоким образовательным уровнем. Последнее, косвенно указывает на достаточную информированность о болезнях и достаточные знания пациентов о способах их защиты. Тем не менее, это не особенно отражается на половом поведении респондентов.

Эпидемиологическая ситуация по сифилису в г. Астана остается напряженной. Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом, отмечаемое в последние годы, уровень ее заболеваемости в 2004 году был равен 73,9 на 100 тыс. населения, а в 2005 году -93%, превышая аналогичный показатель, зарегистрированный до эпидемии ИППП, в среднем составил, в 52,8 и 67,9 раза соответственно. Максимальный уровень заболеваемости сифилисом отмечался в 1997 году (756,2 на 100 тыс. населения, что в 540,1 раз было выше минимального уровня заболеваемости зарегистрированного в 1990 году (1,4 случаев на 100 тыс. населения) и в 2,8 раза выше республиканского.

Отмечалось стабильное увеличение числа случаев заболеваемости и врожденным сифилисом и среди беременных.

С 1991 г. до 1998 года, почти во всех возрастных группах обоего пола продолжался рост заболеваемости первичным сифилисом.

Средний уровень заболеваемости первичным сифилисом в возрастной группе 15-17 лет в 2,7 раза был выше аналогичного показателя в группе 18-44 лет; 124,8 на 100 тыс. населения соответствующего возраста против 46,5.

Уровень заболеваемости первичным сифилисом среди подростков был почти в 2 раза больше, чем у лиц старше 17 лет. Самый высокий уровень заболеваемости первичным сифилисом зарегистрирован в возрастной группе 15-17 лет, о чем свидетельствует пик заболеваемости (в 1998 году - 415,6 на 100 тыс.).

Заболеваемость первичным сифилисом в динамике у мужчин 45 лет и более была значительно выше, чем у женщин ($p < 0,05$).

Аналогичная картина наблюдалась и в отношении вторичного сифилиса. Самая высокая заболеваемость вторичным сифилисом среди лиц мужского пола зарегистрирована в возрастной группе 18-44 лет. Средний уровень заболеваемости вторичным сифилисом в данной группе был в 1,8 и 6,1 раза выше аналогичного показателя у подростков и старшей возрастной группы, а у женщин в возрастной группе 15-17 лет: 211,7 на 100 тыс. женщин против 197,4 и 29,0 среди тинэйджеров и лиц старшего возраста.

Заболеваемость манифестными формами сифилиса у подростков была выше, чем скрытым, причем у молодых мужчин эта разница была значительная ($p < 0,05$). В группе 18-44 лет обоего пола заболеваемость вторичным сифилисом была также значимо выше ($p < 0,05$), чем скрытым. И лишь только лица 45 лет и более обоего пола оказались более уязвимы в отношении скрытого сифилиса ($p < 0,05$).

Динамика заболеваемости гонореей характеризовалась ростом до 1996 г и последующим снижением до 2004 года.

Средний уровень заболеваемости составил 449,2 на 100 тыс. городского населения при пике заболеваемости в 1995 году (811,7 на 100 тыс. населения). Значения динамических рядов гонореи статистически значимо ($p < 0,05$) превышали заболеваемость сифилисом.

Среди мужчин острой гонореей поражена самая многочисленная группа лиц в возрасте 18-44 лет, где средний уровень заболеваемости составил 537,2 на 100 тыс., среди женщин – 379,2 на 100 тыс. соответственно. При сравнении пиков заболеваемости острой гонореей между женскими возрастными группами эта разница становится еще более выраженной: 1227,8 на 100 тыс. соответствующего населения среди подростков, что в 24,8, 2,4 и 2,7 раза было выше, чем в группах 0-14, 18-44 и 45 лет и выше, соответственно.

Заболеваемость острой гонореей в динамике у мужчин была выше, чем у женщин в старших группах, у женщин соответственно высокие показатели заболеваемости зарегистрированы среди подростков и у детей до 14 лет.

У мужчин высокие цифры заболеваемости хронической гонореей зафиксированы в возрастной группе старше 45 лет. Так, средний уровень заболеваемости хронической гонореей в данной группе был в 2,4 и 4,0 раза выше аналогичного показателя, зарегистрированного в возрастных группах 18-44 и 15-17 лет. У женщин высокий уровень заболеваемости хронической гонореей зарегистрирован в возрастной группе от 18 до 44 лет. Так,

заболеваемость хронической гонореей в динамике за указанный период времени в данной группе была выше ($p < 0,05$), чем в возрастных категориях 0-14, 15-17 лет и более 45 лет. Весомый вклад в общую заболеваемость гонореей у женщин вносит заболеваемость острой гонореей у девочек 15-17 лет и хроническое течение данной половой инфекцией у женщин 18-44 лет.

С 1992 года в городе выявляется заболеваемость урогенитальным хламидиозом. Пик заболеваемости зарегистрирован в 2000 году (384,0 на 100 тыс.). В последующие годы отмечается спад уровня заболеваемости. У лиц мужского пола самая высокая заболеваемость отмечена в возрастной группе 18-44 лет- 258,6 на 100 тыс. против 138,2 и 95,1 в группах 15-17 лет и 45 лет и выше. Среди женщин наиболее уязвимой группой в отношении хламидиоза были лица в возрасте 18 – 44 лет- 305,2 и 673,7 на 100 тыс. В других группах значения среднего уровня были намного меньше: у детей 0-14 лет – 106,3 и 358,0; старше 45 лет – 104,0 и 380,1, соответственно. Во всех возрастных категориях заболеваемость имела тенденцию к спаду.

Для заболеваемости уреаплазмозом в период 1993-2003 гг. характерны те же периоды подъема, характерные для других инфекций: первый – с 1997 г. по 2000 г., второй был зарегистрирован в 2002 году. Средний уровень заболеваемости составил 280,8 на 100 тыс. Пик заболеваемости пришелся на 2000 г. и был равен 498,3 на 100 тыс.

Средний уровень заболеваемости урогенитальным трихомониазом за 1993-2003 гг. составил 544,9 на 100 тыс. населения. Для динамики заболеваемости было характерно три подъема, самый высокий из которых пришелся на 1996 г. и был равен 1115,5 на 100 тыс.

Сбор и анализ информации заболеваемости ИППП среди городского населения в возрастном-половом аспекте позволил выявить группы риска в отношении ИППП: в случае первичного сифилиса – это подростки мужского пола 15-17 лет и женщины 18-44 лет; в отношении заболеваемости вторичным и скрытым сифилисом – лица обоего пола 18-44 лет; уязвимы в отношении гонорей – мужчины и женщины 18-44 лет, а также подростки женского пола и мужчины старше 45 лет.

Выявление групп лиц наиболее уязвимых в отношении ИППП позволит общественному и практическому здравоохранению более целенаправленно приложить свои усилия по профилактике ИППП, что придаст в итоге указанным мероприятиям большую эффективность. Отсюда, становится явным несовершенство ныне существующей программы эпидемиологического контроля за ИППП.

Дополнительную значимость нашему исследованию придали данные эпиднадзора II поколения, которые проводятся среди групп риска (работницы коммерческого секса, мужчины с мужчинами, заключенные и т.д.). Однако проведение такого исследования было крайне затруднительным. Тем не менее, следует помнить, что наличие указанных групп характерно именно для городской части населения, а значит, в городской популяции

можно ожидать рост заболеваемости ИППП, и выявленные нами возрастные группы обоего пола среди городского населения могут быть «проводниками» ИППП в общую популяцию г. Астана.

В пятой главе представлены анализ и прогноз заболеваемости ИППП в г. Астане. Чтобы подтвердить косвенно целесообразность сбора такой информации и оценить его эффективность нужно попытаться спрогнозировать заболеваемость ИППП среди данных групп в возрастно-половом аспекте. Анализ динамики заболеваемости был положен в основу прогноза.

По заболеваемости сифилисом отмечена тенденция к снижению, начавшаяся с 1998 года будет сохраняться и дальше.

В ближайшем будущем среди подростков женского пола ожидается стабильное снижение заболеваемости вторичным сифилисом.

Прогнозируемая кривая для гонорей в г. Астана представлена на рис. 1.

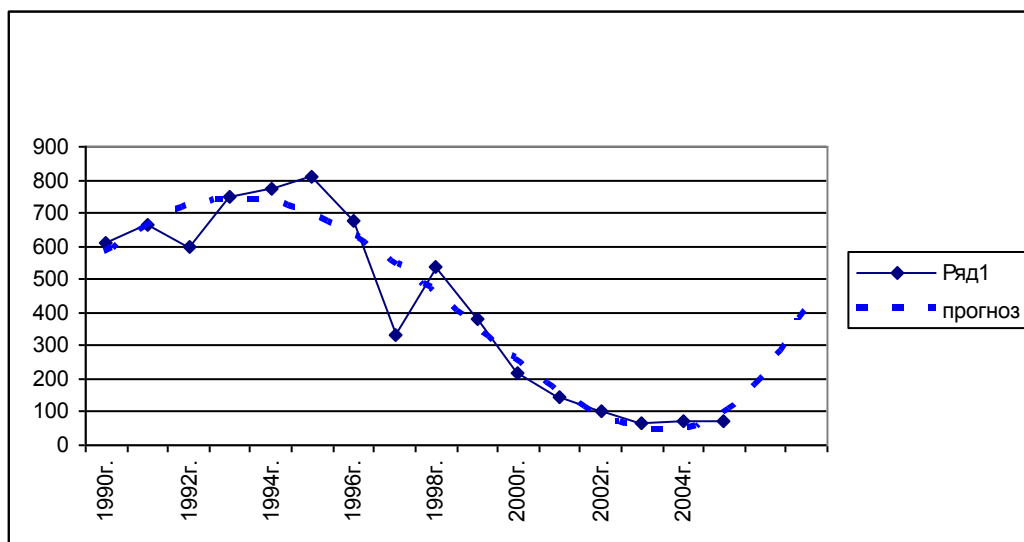


Рис.1 Прогноз заболеваемости гонореей в г.Астана на 100 тыс. населения

Прогнозируется рост заболеваемости острой гонореей среди подростков женского пола в г. Астана, который уже наблюдается уже с 2004 г. В ближайшем будущем ожидается рост заболеваемости гонореей среди лиц мужского пола 45 лет и более.

Также будет рост уровня заболеваемости урогенитальным трихомониазом, урогенитальным уреаплазмозом до 2006 года.

Достоверность полученных нами результатов прогнозирования, проведенного в 2004 г, подтверждаются показателями заболеваемости ИППП за 2005 год.

Уровень заболеваемости гонореей увеличился с 72,5 в 2004 году до 95,8 на 100 тыс. населения в 2005 году, урогенитальным трихомониазом и уреаплазмозом со 157,5 до 222,2 и 349,9-409,5 соответственно.

Исключение составил сифилис, где вопреки ожидаемому снижению, в 2005 году отмечен незначительный рост.

Данные прогноза показывают, что в ближайшей перспективе в г. Астане ожидается рост заболеваемости гонореей, урогенитальным трихомониазом и урогенитальным уреаплазмозом (рис.2).

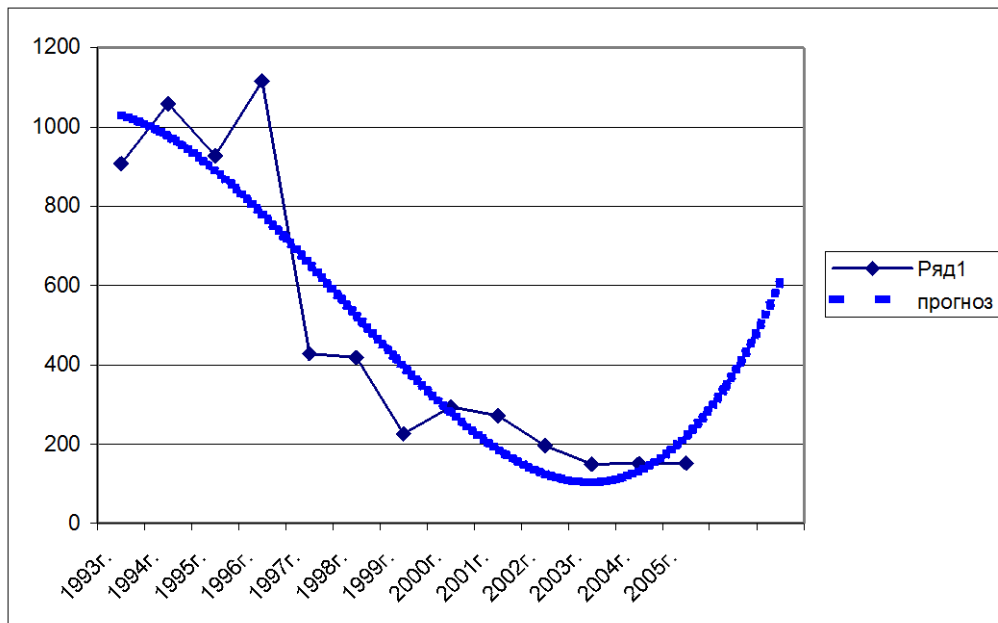


Рис.2 Прогноз заболеваемости урогенитальным трихомониазом в г.Астана на 100 тыс. населения

Прогноз заболеваемости ИППП, проведенный в возрастно-половом аспекте, среди групп населения наиболее уязвимых в отношении ИППП, показал, что в будущем можно ожидать роста заболеваемости острой гонореей у подростков женского пола 15-17 лет и хронической гонореей у мужчин старше 45 лет.

Точкой отчета, при составлении прогноза заболеваемости ИППП в г.Астане на ближайшие года являлся 2004 год. Для подтверждения достоверности полученных нами результатов прогнозирования мы приводили фактические данные заболеваемости указанных ИППП за 2005 год в г. Астане, и сравниваем с программами определения краткосрочной перспективы.

В шестой главе представлены медико-социальные технологии профилактики ИППП в группах наибольшего риска.

Показаны причины, порождающие рост и развитие ИППП: увеличение численности приезжих, особенно лиц молодого возраста, длительный отрыв от семьи прикомандированных лиц, денег предпринимателей-мужчин, открытые предложения наличия услуг; необходимость в заработке и получения «легких доходов».

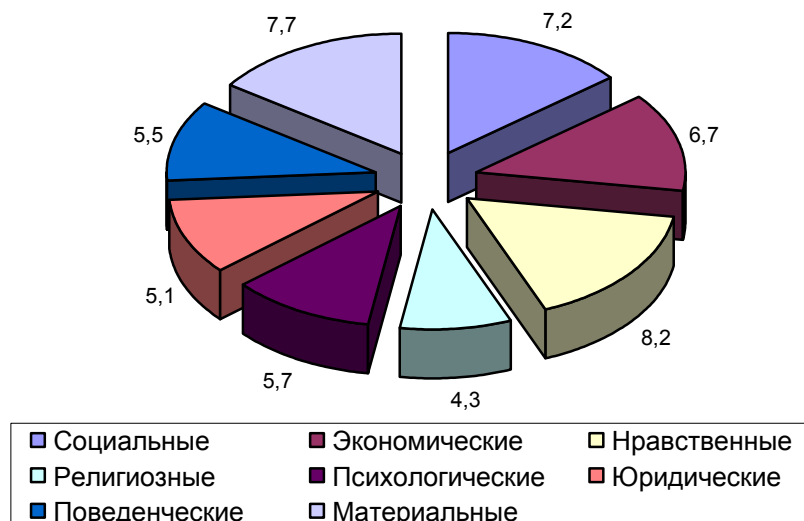


Рис.3. Ранжирование экспертами факторов риска, влияющих на развитие ИППП по результатам опроса

В этих условиях работа по профилактике и борьбе с ИППП носила многоплановый характер с участием государственных и неправительственных организаций, возглавляемая, Центром дерматологии и профилактики ИППП г. Астаны. Были разработаны специальные медико-социальные технологии профилактики ИППП, которые начали внедряться с 2001 года: хозрасчетное отделение и конфиденциальные кабинеты; информационно – консультативный отдел; телефон доверия; интернет – почта; передвижные эпидемиологические бригады; волонтерское движение; НПО - ОО. «Доверие»; кабинет психосоциальной помощи; дружественные клиники. Каждое из этих направлений ориентированы на те группы риска населения, которые максимально привержены на возможность инфицирования. В 2005 году увеличилось число обращений в пункты доверия в 2,6 раза по сравнению с 2001 годом. Только в 2004 году профилактическими мероприятиями охвачено 160 сексработниц. Через консультативные пункты прошло 21732 человека, что в 3 раза больше чем в 2001г. Получили консультации; через Интернет-почту 2034 человека и в 5 раз больше в 2005 г. по сравнению с 2001 г.; через медицинские пункты - 1643; юридические службы- 414. Возобновлена работа эпидгрупп – обследовано 8651 больных и контактных. Проведена работа с сутенерами РКС – 1553 беседы, в группах риска на рынках-7573, в учебных заведениях-2974, на вокзалах - 851.

Таким образом, реализация задач по борьбе с эпидемией ИППП решалась многопланово. Основное место в ней занимала работа в группах риска. При этом использовались все общепринятые методы профилактики: от повышения информированности этой части населения и активизации

деятельности медицинских коллективов и кабинетов доверия до обеспечения защитными средствами.

В седьмой главе изложены результаты реализации организационно – управленческих технологий по профилактике ИППП.

В последние годы особое значение придается внедрению и реализации по профилактике ИППП.

Большинство авторов считает, что заболеваемость ИППП среди городского населения выше, чем среди сельских жителей. Это утверждение не безосновательно, поскольку опирается на две ее составные составляющие: первая – это специфическое, то есть рискованное сексуальное поведение городского населения, вторая – широкая доступность медицинских услуг и наличие большей возможности проведения высокоспециализированной диагностики и лечения, чем у сельских жителей.

Город Астана, является одним из наиболее динамично развивающихся городов страны.

Общая численность населения столицы на 01.01.2006 г. составляет по официальным данным 550,2 тыс. человек. Показатель рождаемости на 1000 населения составляет 13,5. Тип демографического развития – прогрессивный.

Столицей Республики Казахстан город Астана провозглашен в 1998 году. В этой связи прогнозируется значительная миграция населения в город, которая достигнет своего пика к 2010 году. Статистические данные за 1998 год указывают на то, что Астана фактически является привлекательным городом для мигрантов с Южного, Северного Казахстана, Караганды, которые в свою очередь, имеют проблемы с ВИЧ-инфекцией.

На темпы распространения ВИЧ-инфекции оказывают влияние, как биологические, так и поведенческие факторы. К основным биологическим факторам ученые относят длительный период ВИЧ-инфицирования без проявления симптомов, риск инфицирования различными путями, одновременное инфицирование другими заболеваниями, как ИППП.

В связи со сложившейся эпидемиологической ситуацией по ВИЧ/ИППП в Республике Казахстан особую актуальность приобрел поведенческий фактор, сфокусировав эту проблему на молодежи. Основная эпидемиологическая роль в распространении инфекций, передающихся половым путем (ИППП), принадлежит ядерным группам – группам высокого риска: проституткам, наркопотребителям.

Для выполнения задачи профилактики ВИЧ/СПИД/ИППП в соответствии с принятой Правительством «Программой по противодействию эпидемии ВИЧ/СПИДа в Республике Казахстан на 2001-2005 гг.» в Центре дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем г. Астаны в 2003 году был создан кабинет психо-социальной помощи (дружественная клиника), которая наладила местные и международные контакты по поиску партнеров и обмену опытом, проводит

профилактическую работу через неформальные отношения с целевыми группами, помогает им установить контакты с внешней средой.

А также проводится активная работа по предупреждению заражения ВИЧ и ИППП среди лиц, оказывающих сексуальные услуги. За 2004 год профилактическими мероприятиями охвачено 160 сексработниц. Им выдано 10500 презервативов. Прошли бесплатное клиническое и лабораторное обследование в психо-социальном кабинете 96 лиц из этой группы.

Показано, что большинство обследованных женщин были в возрасте от 20 до 29 лет, основную долю уличных РКС составляли несовершеннолетние, которые вступают в сексуальные контакты за дозу наркотика. Среди обратившихся в кабинет 7 РКС были в возрасте 15-17 лет и 13-18-19 лет. Основная часть пациенток – 89 в браке не состояли, 27 разведены и имели детей. ИППП выявлены у 88 женщин, лишь 8 – оказались здоровыми на момент обследования. У 82 пациенток воспалительный процесс уrogenитального тракта характеризовался полиэтиологичностью: ассоциация двух микроорганизмов выявлялась у 66%, трех – у 6% женщин. Сифилис как моноинфекция диагностирован у 18 РКС: скрытый ранний – у 13, вторичный рецидивный – у 4, первичный серопозитивный – у 1. Гонококковая инфекция выявлялась у 7 РКС, в том числе у 2 восходящая гонорея, у 5 хроническая форма заболевания.

Среди женщин с моноинфекцией уrogenитального тракта трихомониаз у 6, уреаплазмоз у 4, хламидиоз у 6, кандидоз у 2.

Большее половины обследованных РКС перенесли в прошлом различные инфекции, передаваемые половым путем, причем наиболее часто - сифилис, трихомониаз и гонорею. Среди девушек во время обследования признались, что употребляют наркотики, что в период ломки за одну дозу они готовы пойти с кем угодно. Алкоголь употребляют почти все женщины.

Понятно, что это часто ведет к криминальным ситуациям, несоблюдению элементарных гигиенических норм, контрацептивного режима, заражению инфекциями, передающимися половым путем, сексуальному и физическому насилию со стороны клиентов. По настоянию клиентов презерватив не использует 31% девушек.

Врачам-дерматологам принадлежит исключительно важная роль в работе по профилактике ВИЧ/СПИДа и ИППП среди РКС. Представители указанного сообщества нуждаются в постоянной помощи со стороны специалистов данного профиля, поскольку ИППП у РКС не могут рассматриваться иначе, как заболевания, прямо обусловленные их повседневной деятельностью. От того, насколько ИППП у РКС будут быстро и эффективно излечиваться и (или) предотвращаться зависят свойства естественных барьеров, которые препятствуют внедрению ВИЧ.

Следует иметь ввиду, что в настоящее время в мире большинство случаев ВИЧ передаются половым путем. И вполне логично предполагать, что по достижении критического порога распространенности ВИЧ/СПИДа среди

потребителей инъекционных наркотиков и в нашей стране ВИЧ будет быстро распространяться среди гетеросексуальной популяции. Насколько удастся предотвратить такой поворот событий, во многом зависит от усилий дерматовенерологической службы.

Высокий уровень инфицированности ИППП является важным фактором уязвимости РКС в отношении ВИЧ. Согласно экспертным оценкам в течение года каждая РКС может вступать в половые контакты с сотнями клиентов. Отсюда следует заключение, что на сегодня РКС составляет одну из наиболее серьезных в эпидемиологическом отношении групп населения, при посредстве которой резко возрастает возможность распространения ВИЧ и ИППП в популяции.

Важной задачей полевой работы должно стать изменение отношения РКС, как и других уязвимых групп населения к центрам лечения и профилактики ИППП. Одним из путей для достижения трансформации сознания РКС является организация дружественных клиник.

Создание дружественных кабинетов (клиник), оказывающих помощь лицам из группы высокого поведенческого риска подготовленными специалистами, дает возможность решения данной проблемы более полно.

Кроме того, в дружественной клинике врач может воспользоваться посещением работницы коммерческого секса не только для проведения обследования и, возможно, назначения лечения, но и для проведения первичной профилактической работы. Это достигается предоставлением информации, профессионального консультирования, пропагандой презервативов. В дружественной клинике организуется бесплатное распространение информационных материалов, содержание которых исходит из реальных потребностей, связанных с риском заражения ВИЧ/ИППП, с которыми сталкиваются РКС.

Практика работы дружественной клиники также показала, что информация о возможности такого медицинского обслуживания должна постоянно поступать к представителям данной группы риска. Такое информирование осуществляют волонтеры. Помимо проведения профилактической работы, волонтеры ориентируют РКС на необходимость систематического посещения врача, и направляют в дружественную клинику. Такое единение в работе двух структур, на наш взгляд, позволяет более полно и качественно подойти к вопросам профилактики ВИЧ/ИППП среди представителей групп коммерческого секса.

Таким образом, РКС образуют группу населения с высоким потенциалом заражения ВИЧ, который обусловлен как их рискованным поведением, так и уязвимостью в отношении ВИЧ. Одновременно РКС служат проводниками распространения ВИЧ и ИППП в общей популяции.

Уровень профессиональной подготовки специалистов службы во многом зависит от уровня ее материально-технических возможностей, в особенности от уровня оснащенности инструментальным и лабораторным

оборудованием, а знание истинного уровня заболеваемости ИППП не возможно без проведения качественной лабораторной диагностики, отвечающей современным требованиям.

Анализ показал, что постановка стандартных классических серологических реакций, представляющих собой набор специфического трепонемного антигена и липоидного-кардиолипинового антигена, осуществляется в ГКВД. Реакция иммунофлюоресценции и иммуноферментный анализ используется только в областном кожно-венерологическом диспансере, причем применение последнего в диагностике ИППП началось недавно, с 2000-2001 годов.

Благодаря созданию на базе ОКВД лаборатории ИФА-диагностики, 5 «дружественных кабинетов», достаточно четко обозначилась тенденция роста большинства ИППП «нового» поколения и масштабы их распространенности.

Диагностика трихомонадной, гарднереллезной и кандидозной инфекции в области осуществляется в основном методом микроскопии окрашенных мазков, а диагноз аногенитального герпеса ставится только на основании клинических симптомов, без лабораторного подтверждения.

Что касается инструментального оборудования и соответственно методов исследования, необходимых для проведения топической диагностики ИППП: уретроскопия, цистоскопия, кольпоскопия, бужирование и т.д. – то их нет в центральном учреждении службы области.

Несмотря на некоторое улучшение лабораторного оснащения, отмечаемого в последние годы в Центре БППП в городе не налажен должным образом адекватный горизонтальный и вертикальный контроль лабораторных исследований ИППП «нового» поколения.

В настоящее время нами проводится меры по увеличению нагрузки по лечению ИППП на амбулаторно-поликлиническое отделение.

В эпидемиологии инфекции, передаваемых половым путем, одной из важных тенденций развития новых технологий анализа и контроля за ИППП является настоятельная необходимость установления связей между уровнями заболеваемости населения, проживающего на той или иной территории и различными факторами, в частности медико-организационными.

Ранее действовавшая система и организация дерматовенерологической службы в г. Астане не обеспечивала ее рационального и пропорционального развития в условиях сложившейся ситуации. Показатели заболеваемости и болезненности как наиболее важные в характеристике здоровья населения, в большей степени реагируют на изменения внешней среды, социально-политические преобразования в обществе и деятельность системы здравоохранения.

Из этого следует, что вычисление потребности населения в услугах дерматовенерологической службы каждого звена является дифференцированным и требует соответствующего подхода.

Для стабильного и эффективного функционирования дерматовенерологической службы на амбулаторно-поликлиническом этапе необходимо соответствие количества медицинских кадров уровню заболеваемости. Основные показатели здоровья этого профиля больных наиболее динамичны и зависят от демографической и социальной структуры города, а также биологических факторов, которые в последние годы значительно изменились. Для полного удовлетворения потребности населения в амбулаторно-поликлиническом звене необходимо изучить реальные возможности оказания медицинской помощи врача.

Изучение в разное время хронометража рабочего времени врача дерматовенерологического кабинета показало, что необходимое для приема впервые обратившегося больного (первичного) и повторного (вторичного). Разные по результатам исследования на одного первичного больного затрачивается в среднем $15,1 \pm 2,1$ минут, на вторичного – $20,1 \pm 2,2$ минут против 10 минут согласно приказа МЗ РК № 979 от 30.12.2003 года. Одной из причин увеличения необходимого рабочего времени на одного больного является трудность диагностики в связи с появлением атипичных вариантов течения заболевания, осложненных форм на фоне самолечения.

Функция врачебной должности (ФВД) в амбулаторно-поликлиническом звене дерматовенерологической службы рассчитывалось по общеизвестной методике, с учетом инновационных диагностических исследований и появления новых форм заболеваний и затрат времени на обследование.

Из этого следует, что годовая нагрузка врача на амбулаторном приеме, определенная приказом МЗ РК №979, превышает реальную, вычисленную на основании хронометража рабочего времени, в 1,9 раза.

Потребность населения во врачах дерматовенерологического кабинета вычислена при установленной болезненности дерматовенерологических заболеваний за 2002-2004 годы (1128,9 на 100 тыс. населения) по общеизвестной методике.

Фактически при существующей дерматовенерологической болезненности требуется 0,5 ставки на 10 тыс. населения. Следовательно, потребность населения города во врачах – дерматовенерологах при сложившемся уровне болезненности в амбулаторно-поликлиническом звене составляет 26 ставок.

Таким образом, фактическое количество врачей - дерматовенерологов в амбулаторно-поликлиническом звене г. Астаны составляет 0,14 ставки на 10 тыс. населения, что меньше потребного в 3,6 раза, функция врачебной должности врача дерматовенеролога согласно приказа МЗ РК № 979 (302) превышает фактическую (физическую) функцию врачебной должности в 1,9 раза.

В последние годы появилось много атипичных вариантов заболеваний, резистентных к проводимой терапии. К тому же многие больные не имеют

постоянного места жительства, что затрудняет профилактическую работу среди пациентов и их диспансерное наблюдение, что отражается на показателях общей заболеваемости. С другой стороны, решение проблемы возможно не только путем увеличения числа врачей, в первую очередь, повышением квалификации врача, интенсификацией работы. При реализации условий для повышения качества работы вследствие постепенного оздоровления части пациентов возможно снижение уровня заболеваемости. В данной ситуации основные показатели здоровья населения очень динамичны и зависят, прежде всего, от демографической и социальной структуры города, что в настоящее время особенно важно для Астаны.

Таким образом, только при количественном и качественном удовлетворении потребности населения во врачебных кадрах возможна стабильная и эффективная работа дерматовенерологической службы.

Определение потребности населения в стационарной помощи основывается на данных обращаемости, функции врачебной должности. Ресурсами стационарной службы являются врачебные кадры и дерматовенерологические койки.

Определение потребности в дерматовенерологических койках производилось по формуле И.И Розенфельда.

Следовательно, при существующей болезненности заразно-кожных и венерических заболеваний в г. Астане необходимо иметь 7,9 койки на 10 тыс. населения.

Таким образом, при населении в 550,200 человек по итогам 2005 г в г. Астане, необходимо иметь 410 койки из расчета 7,9 койки на 10 тыс. населения.

Как видно из вышеуказанного, реальная потребность населения в больничных койках по сложившемуся уровню болезненности и при сохранении тенденции к его росту г. Астаны выше, чем в 4 раза настоящего времени. Таким образом, количественная потребность населения в койках дерматовенерологического стационара находится в прямой зависимости от уровня сложившейся болезненности и является на сегодня крайне недостаточным для столицы.

Методом экспертной оценки проведен анализ основных показателей деятельности стационара для изучения возможности более рационального и эффективного использования имеющегося числа коек.

Во-первых, проведен анализ существующих стандартов диагностики, лечения и реабилитации с учетом степени тяжести заболевания, необходимого объема лечения. Это позволило уточнить более дифференцированно показания для госпитализации больных, тем самым определить процент отбора к стационарному лечению. Показанием для госпитализации зачастую становится не степень тяжести заболевания, а финансовая недоступность обследования и лечения в амбулаторных условиях

для средних и низших слоев населения, которые, в основном, и составляют группы риска по ИППП.

Во-вторых, изучена эффективность применения современных инновационных диагностических, лечебных, реабилитационных, профилактических и управленческих технологий на базе стандартов менеджмента качества и информационных инструментов, способствующих повышению интенсивности работы дорогостоящего стационарного лечения.

В-третьих, анализ историй болезни выявил отсутствие urgentных и требующих реанимационного наблюдения состояний, что позволяет широко использовать стационарзамещающие технологии (стационар на дому, дневные стационары), усилить профилактическую работу на уровне первичного звена здравоохранения как за счет увеличения кадров амбулаторного звена, так и финансирования на лабораторные исследования для групп высокого риска и малоимущих.

Нами были разработаны, внедрены и оценены концептуальные основы совершенствования борьбы и профилактики ИППП в г.Астана, реализация которых обеспечила: государственный характер профилактической работы; первичную и вторичную профилактику; осуществление эпидемиологического надзора за ИППП в “группах риска”; постоянный мониторинг социальных, поведенческих и эпидемиологических факторов эпидемического процесса; интегрированное слежение за ИППП, ВИЧ-инфекцией; активное выявление инфекций передающимися половым путём передачи; образование и просвещение подростков, молодёжи, работников коммерческого секса, заключенных пенитенциарных учреждений; “нетрадиционные” подходы в работе”.

Разработанные и реализованные нами медико-социальные технологии представлены с целью оценки их эффективности. Вместе с тем, мы отлично понимали, что использование только этих подходов без включения межсекторального воздействия не дадут должной результативности.

Для обеспечения доступности медицинской, консультативно-психологической помощи группам “риска” необходима была сеть организации анонимных кабинетов, “дружественных” клиник и кабинетов. В данных консультативных центрах (кабинетах) обязательно наличие в штате высококвалифицированного психолога, обеспечение возможности анонимной медико-психологической консультации (“телефон доверия”, горячая линия).

Система просвещения населения включает в себя образование населения по вопросам профилактики ИППП и просвещение молодежи, особенно учащихся образовательных учреждений.

Составными элементами программы нравственного и полового воспитания среди молодежи являются: пропаганда традиционных нравственных ценностей, отсрочка времени первого сексуального контакта; информация о сущности и опасности ИППП (включая ВИЧ-инфекцию);

разъяснение необходимости обязательного применения средств барьерной контрацепции лицам, начавшим половую жизнь; проведение одновременной работы с родителями; проведение индивидуальной работы с конкретными детьми, подростками.

Эффективной терапии больных ИППП способствовало введение единых протоколов лечения больных и превентивного лечения контактных лиц с учетом спектра чувствительности возбудителей. Внедрение единых стандартов было обязательным к исполнению врачами всех ЛПУ, независимо от ведомственной принадлежности.

Схема профилактики предусматривала активную целенаправленную работу со средствами массовой информации (радио, телевидение, пресса). Участие в просвещении населения религиозных деятелей, неправительственных организаций будет способствовать успеху данной работы (табл.1).

Таблица 1.

Значимость медико-социальных мероприятий по снижению ИППП

№	Медико-социальные технологии	Ранжирование по значимости по годам		
		2003	2004	2005
1	Анонимные кабинеты	9	8	7
2	“Дружественные” клиники и кабинеты	8	8	8
3	Телефоны доверия	7	6	7
4	Консультативные центры	7	8	9
5	Хозрасчетные отделения	6	7	8
6	Информационно – консультативный отдел	5	6	4
7	Интернет – почта	5	7	9
8	Передвижные эпидемиологические бригады	8	6	5
9	Волонтерское движение	4	5	8
10	Кабинет психосоциальной помощи	7	8	9
11	НПО - ОО «Доверие»	7	8	8

Таким образом, в дальнейшем совершенствовании борьбы с инфекциями, передающимися половым путем, важны комплексные мероприятия, т.к. ИППП представляют важную медицинскую и социальную проблему. Высокая распространенность ИППП в крупных городах выдвинуло организацию борьбы с этой инфекцией в число первоочередных задач здравоохранения в т.ч. и в Астане. В таблице 2 представлены в динамике медико-социальные технологии, применяемые за три последние года. Отмечается следующая динамика по 10 бальной системе проведенной независимыми экспертами. Наиболее эффективными формами работы с больными ИППП оказались следующие организационные технологии: консультативные центры, интернет – почта, волонтерское движение и

кабинеты психосоциальной помощи. Причем, за последние три года они инновационные медико-социальные технологии стали узнаваемы, и востребованы.

Как показали наши исследования на рост и развитие ИППП влияют: резкий приток населения и в частности молодежи в город, особенно из сельской местности в поисках работы или получения образования; зачастую неустроенность быта и семьи прибывающих; гендерные различия в заработной плате; более высокие средние доходы горожан на душу населения по сравнению с другими регионами и городами; наличие «свободных» денег у предпринимателей разного уровня; значительный прирост торговли с участием «челноков»; быстрый рост числа увеселительных учреждений; значительное число и лиц в группах риска ИППП; большая свобода в поведении и в частности в сексуальном и т.д.

Подобные факторы, побуждающие развитие ИППП, имеют место в любом городе особенно в столичных, в частности в г.Астана они носят крайне обостренный характер. При этом с ростом численности и ежегодным наплывом молодых лиц ситуация по ИППП постоянно носит напряженный характер. Все это указывает на необходимость совершенствования подходов в борьбе с инфекциями, передающихся половым путем в городах.

В восьмой главе представлено обоснование, и разработка концептуальных мер по дальнейшему совершенствованию первичной и вторичной профилактики, эффективных управленческих и организационных решений в борьбе с ИППП в крупном быстро развивающемся городе.

Реализация комплексной Программы по профилактике и контролю болезней, передаваемых половым путем г. Астаны в 2001-2002 годы показала жизнеспособность комплексных мер борьбы с этой инфекцией, которая обеспечила снижение уровня с ИППП. Однако, работа в связи с напряженной эпидемиологической ситуацией г. Астаны продолжена. В связи с этим нами были разработаны, внедрены и оценены концептуальные основы совершенствования борьбы и профилактики ИППП, основанные на следующих принципах: государственный характер профилактической работы; основное направление – первичная, вторичная профилактика; постоянный мониторинг социальных, поведенческих и эпидемиологических факторов эпидемического процесса ИППП; интегрированное слежение за ИППП, ВИЧ-инфекцией; нетрадиционные” подходы к работе с “группами риска”, в частности с работницами коммерческого секса; осуществление эпидемиологического надзора за ИППП в “группах риска” в соответствии с конкретной эпидемиологической обстановкой в городе; активное выявление инфекций с половым путём передачи; образование и просвещение подростков, молодёжи, работниц коммерческого секса, заключенных пенитенциарных учреждений, всего населения по вопросам эпидемиологии и профилактики ИППП; участие в профилактической работе всех медицинских специалистов, средств массовой информации, органов и учреждений

образования, социальной защиты, внутренних дел, молодёжи, обороны, юстиции, сельского хозяйства, неправительственных организаций и других заинтересованных служб и ведомств (рис.4).

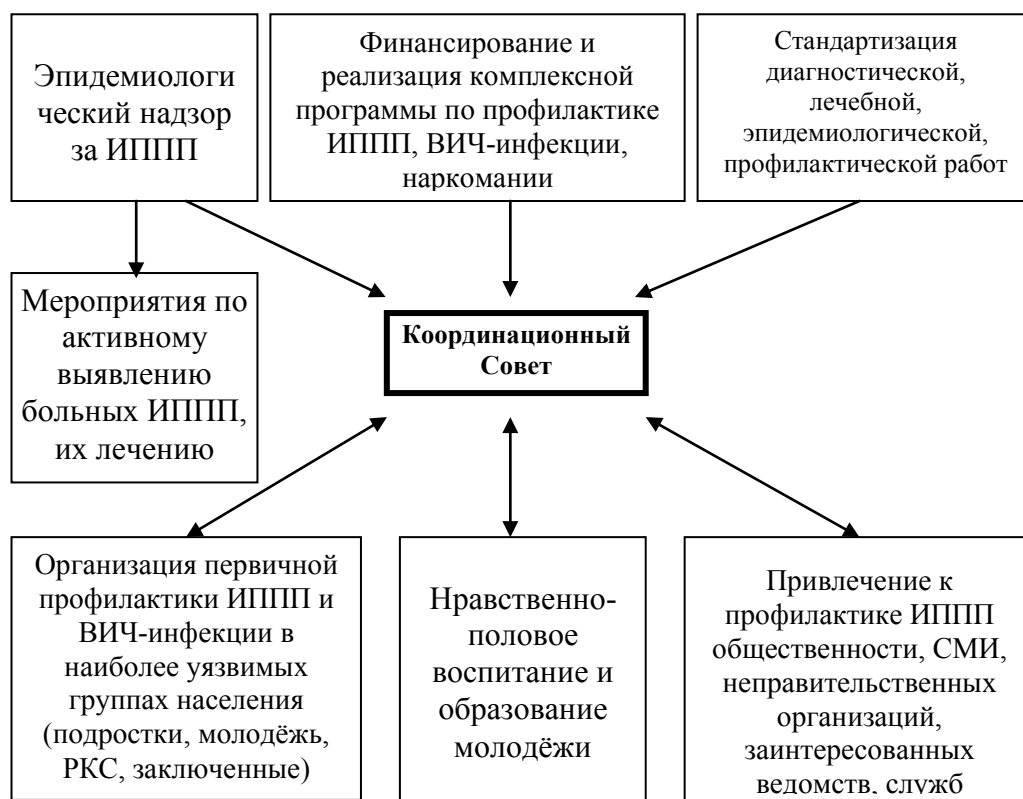


Рис.4. Схема организации профилактики ИППП на городском уровне

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Результаты исследований позволили сформулировать следующие **выводы:**

1. Бурный рост численности населения в г. Астане, резкое омоложение его состава, негативные издержки экономического переустройства государства, нравственные, религиозные, психологические, поведенческие, юридические, материальные последствия переходного периода, большая миграция населения создают благоприятные условия для ухудшения и роста распространенности ИППП среди уязвимых групп населения.

2. Медико-социальный портрет мужчин и женщин, страдающих ИППП в г. Астане характеризуются следующим - это лица молодого возраста; половина не состоит в браке; большинство являются учащимися средних и высших учебных заведений, работниками госпредприятий или занимающихся торговлей; - около 40 % имеют среднее специальное образование, более 20% мужчин и 30% женщин – высшее; более частой сменой половых партнеров у женщин; более частой по сравнению с женщинами обращаемые за специализированной медицинской помощью; применением презервативов 80 % мужчин в качестве средств защиты от

ИППП и практически полным отсутствием защиты у женщин; достаточной информированностью о болезнях.

3. Работницы коммерческого секса образуют группу населения с высоким потенциалом заражения ИППП, ВИЧ, который обусловлены рискованным поведением, так и уязвимостью в отношении ИППП и ВИЧ. И является проводниками распространения в общей популяции. Большинство проституток считает основной причиной занятия коммерческим сексом отсутствие работы, необходимость пополнения семейного бюджета, бытовую и семейную неустроенность. В среднем семейный доход этих лиц доходит до 7 тыс. тенге.

4. Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом (маркером ИППП) с 291,6 в 1998 году (пик эпидемии) до 93,7 на 100 тыс. населения в 2005 году или в 3,1 раза, все ещё отмечается высокая заболеваемость манифестными формами сифилиса и сифилисом беременных на протяжении 10 последних лет; высокие уровни заболеваемости гонореей и урогенитальным трихомониазом и ИППП II поколения (урогенитальный хламидиоз, уреаплазмоз).

5. По прогнозу в ближайшей перспективе в г. ожидается рост заболеваемости гонореей, урогенитальным трихомониазом и урогенитальным уреаплазмозом: роста заболеваемости острой гонореей у подростков женского пола 15-17 лет и хронической гонореей у мужчин старше 45 лет.

6. Расчеты, нормативы, потребности врачей – дерматовенерологов на основе уровня заболеваемости населения показывают, что фактическое потребное число во врачей для стационарного и амбулаторного звена не соответствует реальным потребностям населения. Для обеспечения полного удовлетворения потребности населения в дерматовенерологической помощи населения г.Астаны. требуется 0,24 ставки врача - дерматовенеролога на 10 тыс.населения.

7. Разработанные Центром дерматологии и профилактики ИППП г. Астаны специальные медико-социальные технологии профилактики ИППП, ориентированные на группы риска и (хозрасчетное отделение, конфиденциальные кабинеты; информационно – консультативный отдел; телефон доверия; интернет – почта; передвижные эпидемиологические бригады; волонтерское движение; НПО - ОО. «Доверие»; кабинет психосоциальной помощи; дружественные клиники и т.д.) позволили снизить уровень ИППП в городе, а предлагаемые концептуальные подходы и система организации профилактики ИППП на перспективу, включая уже апробированные методы профилактики и борьбы с ИППП, а также: “нетрадиционные” методы в работе с “группами риска”, участие в профилактической работе всех медицинских специалистов, межсекторальное сотрудничество, совершенствование материальной базы Центра борьбы с

ИППП, адекватное росту города обеспечит дальнейшее снижение уровня заболеваемости.

8. Реализация комплексного подхода в предупреждении ИППП с использованием межсекторального принципа в разработке и внедрении инновационных организационно – управленческих технологий показало свою высокую эффективность и результативность, которое отразилось на стабилизации и улучшении показателей ИППП в г.Астане.

Практические рекомендации:

1. Обоснованные и примененные инновационные медико-социальные и организационно – управленческие технологии могут быть внедрены в деятельность Центров дерматологии и профилактики ИППП Республики Казахстан.

2. Полученные результаты исследования могут быть использованы при разработке региональных программ по профилактике и контролю инфекций, передаваемых половым путем, приказов, инструктивных методических писем по профилактике ИППП департаментом здравоохранения города и областей Республики Казахстан.

3. Разработанная нами методика по расчету штатов дерматовенерологической службы может быть использована не только для дерматовенерологической службы, но для расчетов нормативов по другим специальностям.

4. Использование результатов постоянного мониторинга изучения мнения населения, мнения лиц из группы риска и мониторинга лиц позволит адекватно реагировать и влиять на события с ИППП.

5. Комплексное применение современных лабораторных методов диагностики ИППП дает возможность более глубокого анализа эпидемиологической ситуации болезней, передаваемых половым путем и принятия мер предупредительного надзора.

6. В предупреждении ИППП рекомендуется разработать программы межсекторального характера при активной поддержке государства в управлении процессом и может быть использована в каждом регионе страны.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Журнальные статьи

1. Данбаева Ж.С., Абдуалиева А.К., Медведева С.И. Применение Орнидазола при бактериальном вагинозе //Вопросы практического здравоохранения в дерматовенерологии, г.Алматы, 4 октября 2003 г. – Юбилейный сборник статей посвященный 70-летию ГККП «Кожновенерологический диспансер». – 2003. - С.141-142.
2. Демина Е.А, Данбаева Ж.С., Зуева О.М., Щербакова Е.В. Влияние иммунокоррекции на выявляемость хламидийно-герпетической инфекции //Астана медициналық журналы. - №3. - 2004. – С.80-82.
3. Абдуалиева А.К., Сапарбеков М.К., Ильясов Ж.Б., Данбаева Ж.С. Оценка уровня знаний об ИППП среди сельских жителей. //Вопросы физиологии, гигиены труда и профпатологии. Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК. г.Караганда. - 2004. – С.195-200.
4. Абдуалиева А.К., Данбаева Ж.С., Сапарбеков М.К., Ильясов Ж.Б. Общая характеристика заболеваемости сифилисом в разрезе село-город в Акмолинской области. //Вопросы физиологии, гигиены труда и профпатологии. Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК. г.Караганда. - 2004. – С.204-211.
5. Абдуалиева А.К, Сапарбеков М.К., Данбаева Ж.С. Кадровый состав кожных службы в Акмолинской области и уровень профессиональной подготовки. //Вопросы физиологии, гигиены труда и профпатологии. Национальный центр гигиены труда и профессиональных заболеваний МЗ РК. г.Караганда. - 2004. – С.212-218.
6. Абдуалиева А.К., Данбаева Ж.С., Сапарбеков М.К. Пути совершенствования дерматовенерологической службы в разрезе село-город на примере Акмолинской области. //Астана медициналық журналы. - №4. - 2004. – С.49-53.
7. Жузжанов О.Т., Ибраев С.Е., Кулмуканов К.К., Абилябеков А.А, Данбаева Ж.С. Основные направления обоснования и разработки программы развития системы здравоохранения столицы Республики Казахстан – города Астаны. //Информационный вестник Медицинского Центра Управления Делами Президента Республики Казахстан, г.Астана. - №3. - 2004. – С.16-21.
8. Данбаева Ж.С. Обоснование и разработка концептуальных основ стратегического планирования в борьбе с инфекциями, передающимися половым путем в г.Астане. //Центрально-Азиатский научно-практический журнал по общественному здравоохранению. - 2005. – С.81-85.
9. Данбаева Ж.С. Новые аспекты эпидемиологии и организации противодействия инфекциям передающихся половым путем. Обзор научной литературы. //Проблемы социальной медицины и управление здравоохранением. - №35. – 2005. - С.82-86.

10. Данбаева Ж.С. Общий анализ влияния на распространенность ИППП социальных факторов. //Проблемы социальной медицины и управление здравоохранением. - №35. – 2005. - С.86-90.
11. Данбаева Ж.С. Современные представления о новых технологиях в здравоохранении применяемые для организации борьбы с ИППП. //Проблемы социальной медицины и управление здравоохранением. - №35. – 2005. - С.90-94.
12. Данбаева Ж.С. Анализ заболеваемости гонореей, на примере г.Астана. //Здоровье и болезнь. - №12. – 2005. - С.31-34.
13. Данбаева Ж.С. Анализ заболеваемости сифилисом в г.Астана. //Здоровье и болезнь. - №11. - 2005. – С.49-54.
14. Данбаева Ж.С. Анализ заболеваемости урогенитальным хламидиозом и других ИППП. //Здоровье и болезнь. - №11. – 2005. – С.45-49.
15. Данбаева Ж.С. Опыт организации по профилактике ИППП, вирусного иммунодефицита человека в группах работниц коммерческого секса. //Здоровье и болезнь. - №1(38). – 2005. - С.18-22.
16. Данбаева Ж.С.. Меры борьбы с ИППП в Казахстане. //Здоровье и болезнь. - №1(38). - 2005. – С.22-25.
17. Danbaeva Zh.S. Activity basis of friendly clinics //Валеология. - №2. – Астана. – 2006. – С.14-16.

Статьи и тезисы в сборниках научных трудов

18. Демина Е.А., Данбаева Ж.С., Зуева О.М., Югай А.Н. Иммунологический статус у лиц с сочетанной хламидийной – герпетической инфекцией //Сборник материалов VI съезда терапевтов Республики Казахстан, посвященного 25-летию Алма-Атинской декларации по первичной медико-санитарной помощи, г.Алматы, 23-24 октября 2003 г. – 2003. - С.228.
19. Демина Е.А., Данбаева Ж.С., Попова О.Ю., Галицкая Т.Н., Щербакова Е.В., Зуева Ю.И. Частота встречаемости chlamydia trachomatis, выявляемая методами ИФА, РИФ и ПЦР //Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 40-летию Казахской Государственной Медицинской Академии, г.Астана, 2004 г. – 2004. - С.57-58.
20. Данбаева Ж.С., Абдуалиева А.К. Анализ заболеваемости заразными кожными заболеваниями (дерматофитии) в г.Астане за период 1998-2003 гг. //Материалы международной научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 40-летию Казахской Государственной Медицинской Академии, г.Астана, 2004 г. – 2004. - С.55-56.
21. Данбаева Ж.С., Абдуалиева А.К., Галицкая Т.Н. Сравнительный анализ инфекции, передаваемых половым путем за 5 лет по Центру дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем г.Астана (1999-2003 гг.). Концепции ведения ИППП до 2005 года. //Материалы

- международной научно-практической конференции молодых ученых, посвященной 40-летию Казахской Государственной Медицинской Академии, г.Астана, 2004 г. – 2004. - С.56-57.
- 22.Жузжанов О.Т., Туткушев Б.С., Айгужин Б.К., Данбаева Ж.С., Байсеркин Б.С., Шумбалов Н.М., Садыкова А.Б., Абзалова Р.А. Особенности формирования законодательного пространства в области охраны здоровья населения в транзитный период развития казахстанского общества //Материалы 2-й Всероссийской научно-практической конференции Москва, Российский новый университет, 26 марта 2004 г. – 2004. - С.176-179.
 - 23.Данбаева Ж.С., Абдуалиева А.К. Социальные основы организации борьбы с ИППП на современном этапе //III Международная конференция «Актуальные вопросы экологии», Карагандинский Государственный университет им. Е.А. Букетова, 2-3 декабря 2004 г. - 2004. – С.21.
 - 24.Демина Е.А., Данбаева Ж.С., Зуева О.М., Щербакова Е.В. Эффективность использования виферона и ликопада при хламидийно-герпетической инфекции. //Материалы четвертой Международной научно-практической конференции «Современные инновационные технологии в области профилактики, лечения заболеваний и медицинской реабилитации», том I, Астана – Ессентуки, 2004. – С.342-344.
 - 25.Абдуалиева А.К, Данбаева Ж.С. Динамика заболеваемости ЗППП. //III Международный конгресс, посвященный 75-летию НИКВИ «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем», Сборник трудов, Алматы, 22-23 сентября 2005 года. – 2005. - С.176-183.
 - 26.Данбаева Ж.С. Медико-социальный портрет пациентов с инфекциями, передающимися половым путем. //Материалы I междунаро. научно-практич. конфер. «Пути совершенствования санитарно-эпидемиологической службы на транспорте Казахстана в современных условиях». – Сборник научно-практических работ Т.П. – Астана, 2005.- С.193-197.
 - 27.Айдрахманова М.А, Данбаева Ж.С., Аубакиров А.Б. Клинико-иммунологическое прогнозирование при хроническом уrogenитальном хламидиозе. //III Международный конгресс, посвященный 75-летию НИКВИ «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем», Сборник трудов, Алматы, 22-23 сентября 2005 года. – 2005. - С.183-184.
 - 28.Садыкова Г.Д., Данбаева Ж.С. Лабораторная диагностика ИППП за 3 года по Центру дерматологии и профилактики болезней, передающихся половым путем в г.Астане (2002-2004 гг.). //III Международный конгресс, посвященный 75-летию НИКВИ «Актуальные вопросы эпидемиологии,

- клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем», Сборник трудов, Алматы, 22-23 сентября 2005 года. – 2005. - С.238-239.
29. Садыкова Г.Д., Данбаева Ж.С. Частота выявления антител к *treponema pallidum* методом ИФА по данным лаборатории ПЦР и иммунодиагностики. //III Международный конгресс, посвященный 75-летию НИКВИ «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем», Сборник трудов, Алматы, 22-23 сентября 2005 года. – 2005. - С.239-240.
30. Данбаева Ж.С. Частота выявления *Chlamydia trachomayis* у беременных женщин методами РИФ, ПЦР. //III Международный конгресс, посвященный 75-летию НИКВИ «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем», Сборник трудов, Алматы, 22-23 сентября 2005 года. – 2005. - С.208-209.
31. Данбаева Ж.С., Абдуалиева А.К. Эпидемиологические аспекты изучения распространенности сифилиса. //III Международный конгресс, посвященный 75-летию НИКВИ «Актуальные вопросы эпидемиологии, клиники, диагностики, профилактики и терапии социально-значимых дерматозов и инфекций, передаваемых половым путем», Сборник трудов, Алматы, 22-23 сентября 2005 года. – 2005. - С.209-210.
32. Данбаева Ж.С. Особенности оценки полового поведения несовершеннолетних. //Международная научно-практическая конференция, посвященная 60-летию первых в мире испытаний ядерного оружия в США, 60-летию атомной бомбардировки городов Хиросимы и Нагасаки. Караганда, 17-18 ноября, 2005г. – 2005. - С.207-209.
33. Данбаева Ж.С., Абдуалиева А.К., Калиева Г.Н. Эпидемиологическая характеристика инфекций, передаваемых половым путем. //Международная научно-практическая конференция, посвященная 60-летию первых в мире испытаний ядерного оружия в США, 60-летию атомной бомбардировки городов Хиросимы и Нагасаки. Караганда, 17-18 ноября, 2005г. – 2005. - С.209-213.
34. Данбаева Ж.С. Пути совершенствования дерматовенерологической службы в г.Астана //Материалы 3 межд. конфер. – Алматы. - 2006. - С.10-11.
35. Ж.С. Данбаева Об улучшении качества дерматовенерологической помощи населению города Астаны //Хабаршы. - Шымкент. - 2006. – С.14-16.
36. Данбаева Ж.С. Развитие лабораторной службы по диагностике инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в городе Астана. //Валеология. - №1. – Астана. – 2007. - С.14-17.

- 37.Данбаева Ж.С., Абдирасилова Д.Д. Пути совершенствования лабораторной службы дерматовенерологического учреждения г.Астана. - Новосибирск, 2007. – С.57.
- 38.Данбаева Ж.С. Меры профилактики инфекций передаваемых половым путем в Казахстане. Новосибирск, 2007. – С.32.
- 39.Данбаева Ж.С. Причины роста всех ЗППП в г.Астане за последнее десятилетие //Тезисы научных работ международной научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматокосметологии и дерматовенерологии». – Астана. – 30 мая-1 июня 2007г. – 2007. - С. 179.
- 40.Данбаева Ж.С., Батпенова Г.Р., Шапенова С.К. К вопросу о профилактике болезней, передающихся половым путем среди подростков и молодежи города Астаны. //Тезисы научных работ международной научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматокос. и дерматовенерол» – Астана. – 30 мая-1 июня 2007г. – 2007. - С. 63.
- 41.Данбаева Ж.С., Батпенова Г.Р., Исламгалиева Ж.Х. Препарат ВИЛЬПРАФЕН в лечении в уреа-микоплазменной инфекции у беременных женщин. //Тезисы научных работ международной научно-практической конференции «Возрастные аспекты дерматокосм. и дерматовенер.». –Астана. – 30 мая-1 июня 2007г. – 2007. - С.164.

Методические пособия

- 42.Лечение инфекций передающихся половым путем, в исправительных учреждениях уголовно-исполнительной системы. – Методические рекомендации. – 2003. – Астана. - 23 с.
- 43.Методика определения потребности населения во врачебных кадрах и числа коек дерматовенерологического профиля. – Методические рекомендации. – 2006. – Астана. - 27 с.

Тиббиёт фанлари доктори илмий даражасига талабгор Данбаева Ж.С. нинг 14.00.33 – жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш ихтисослиги бўйича “Остона шаҳрида жинсий йўллар билан ўтувчи инфекциялар профилактикасининг тиббий-ижтимоий ва ташкилий-бошқарув технологияларини назарий асослари ва услубий ишланмалари” мавзусидаги диссертациясининг

РЕЗЮМЕСИ

Таянч (энг муҳим) сўзлар: ЖЙБЎИ, бирламчи, иккиламчи профилактика, тиббий-ташкилий, тиббий-ижтимоий, ташкилий бошқарув технологиялари.

Тадқиқот объектлари: ЖЙБЎИ билан оғриган 7781 бемор, хавф гуруҳига кирувчи 7573 шахс, ТСХ дан 1573 нафари ва ҳ.к.з.лар, ҳаммаси бўлиб беш йилда мурожаат этган 408902 шахс.

Ишнинг мақсади. Комплекс назорат қилиш ва олдини олишга доир инновацион тиббий-ижтимоий ва ташкилий-бошқарув технологияларини ишлаб чиқиш, жорий этиш ва асослаш учун Остона шаҳрида ЖЙБЎИ бўйича нохуш эпидемиологик вазиятни келтириб чиқарувчи сабабларни ўрганиш.

Тадқиқот усули: ахборот-аналитик, ижтимоий-гигиеник, эксперт баҳо, хронометраж, иқтисодий таҳлил, математик моделлаш, статистик услуб.

Олинган натижалар ва уларнинг янгилиги. Остона шаҳри аҳолининг ижтимоий-демографик тавсифи асосида шаҳар аҳолисининг ёши ва жинсий жиҳатдан турли ижтимоий-демографик ва касбий гуруҳларида ЖЙБЎИ тарқалишининг эпидемиологик тавсифи олинган. ЖЙБЎИ эпидемияси билан курашиш бўйича вазифаларни амалга оширишда Остона шаҳри аҳолисининг ЖЙБЎИ ҳақидаги фикри ўрганилди. ЖЙБЎИ даги эпидемик жараёнга аҳолий ва ижтимоий омиллар таъсирининг объектив қонуниятларга асосланганлиги аниқланди. Тез суръатларда ривожланаётган шаҳарнинг юзага келган ижтимоий-иқтисодий шароитларида ЖЙБЎИ билан курашишда бирламчи ва иккиламчи профилактикани ташкил этиш, самарали бошқарув ва ташкилий қарорларни такомиллаштириш бўйича тавсиялар асосланди.

Амалий аҳамияти. Остона шаҳри аҳолисига амалий дерматовенерологик ёрдам кўрсатишни таъминлаш учун 10 минг аҳолига 0,24 ставка врач-дерматовенерологлар зарур; Остона шаҳри ЖЙБЎИ профилактикаси ва дерматология маркази томонидан хавф гуруҳларига мўлжалланиб ва 2001 йилдан буён тадбиқ этиб келинаётган ва ЖЙБЎИ ни олдини олишнинг махсус тиббий-ижтимоий ва ташкилий-бошқарув технологиялари ишлаб чиқилган, ушбу патологияни бошқаришда қўлланилиши мумкин бўлган.

Тадбиқ этиш даражаси ва иқтисодий самарадорлиги. ЖЙБЎИ эпидемиясининг ривожланиш хусусиятларини ўрганишнинг ишлаб чиқилган ёндошувлари ва бирламчи ҳамда иккиламчи профилактикасининг таклиф этилган услубларидан мамлакатдаги дерматология ва ЖЙБЎИ профилактикаси марказларида фойдаланилади, бу услублар юқори ижтимоий, иқтисодий ва тиббий самарадорликни кўрсатди.

Қўлланиш (фойдаланиш) соҳаси: Дерматовенерология, жамият саломатлиги ва соғлиқни сақлаш.

РЕЗЮМЕ

диссертации Данбаевой Ж.С. на тему: «Теоретические основы и методические разработки медико-социальных и организационно-управленческих технологий профилактики инфекций передающихся половым путем» представленной на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.33 – общественное здоровье и здравоохранение

Ключевые слова: ИППП, первичная, вторичная профилактика, медико-социальные, организационно-управленческие технологии.

Объект исследования: больные с ИППП – 7781 человека, лица из групп риска – 7573 человека, 1573 человека из РКС и т.д., всего обратившихся за пять лет 408902 человек.

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

Методы исследования: информационно-аналитический, социально-гигиенический, экспертная оценка, хронометраж, экономический анализ, математическое моделирование, статистический.

Полученные результаты и их новизна: На основании социально-демографической характеристики населения г.Астаны получена эпидемиологическая характеристика распространенности ИППП в различных социально-демографических и профессиональных группах городского населения в возрастном-половом аспекте. В реализации задач по борьбе с эпидемией ИППП изучено мнение населения г.Астаны по отношению к ИППП. Установлены закономерности влияния поведенческих и социальных факторов на эпидемический процесс при ИППП. Обоснованы рекомендации по совершенствованию организации первичной и вторичной профилактики, эффективных управленческих и организационных решений в борьбе с ИППП в сложившихся социально-экономических условиях быстро развивающегося города.

Практическая значимость. Для обеспечения реальной дерматовенерологической помощи населению г.Астаны необходимо 0,24 ставки врача - дерматовенеролога на 10 тыс. населения; центром дерматологии и профилактики ИППП г.Астаны разработаны специальные медико-социальные и организационно-управленческие технологии профилактики ИППП, ориентированные на группы риска внедряемые с 2001 года, которые могут быть применены для управления данной патологией.

Степень внедрения и экономическая эффективность. Разработанные подходы в изучении особенностей развития эпидемии и предложенные методы первичной и вторичной профилактики используются в центрах дерматологии и профилактики ИППП страны показали высокую социальную, экономическую и медицинскую эффективность.

Область применения. Дерматовенерология, общественное здоровье и здравоохранение и профилактики ИППП, государственное управление, национальная безопасность.

SUMMARY

of thesis by Danbaeva J.S. on the theme “Theoretical bases and methodical working outs of medical social and organizational-managing technologies of infections’ prophylaxis transferring by sexual way” represented to competition of scientific degree for doctor of medical sciences in speciality 14.00.33 – public health and health care

Key words: ITSW, primary, secondary prophylaxis, medical-social, organizational-managing technologies.

Subjects of the inquiry: patients with ITSW were 7781 people, persons from risk groups were 7573 people, 1573 people were from CSW and so on, in all addressing for five years were 408902 people.

Aim of the inquiry. Study reasons causing unfavorable epidemiologic situation by ITSW in Astana city for proving, working out and introduction of innovational, medical-social and organizational managing technologies in complex prophylaxis and control.

Methods of inquiry: informational-analytical, social-hygienic, expert evaluation, chronometry, economical analysis, mathematical modeling, statistical.

The results achieved and their novelty: On the base of social demographic characteristics of population in Astana city it was taken epidemiological characteristics of ITSW’s spreadness in different social-demographic and professional groups of urban population in age sexual aspect. In realization of tasks on fighting with ITSW’s epidemy the opinion of Astana city’s population was researched. Regularities of influence for behavioral and social factors on epidemic process at ITSW were determined. Recommendations on improvement of organization for primary and secondary prophylaxis, effective managing and organizational decisions in struggle with ITSW were proved in formed social-economical conditions of fast developing city.

Practical value. For supply of real dermatovenerological aid to population of Astana city, it is necessary 0,25 rate of doctor-dermatovenerologist to 10 thousand of population⁴ by center of dermatology and prophylaxis of ITSW of Astana city special medical-social and organizational-managing technologies of prophylaxis ITSW were worked out, that were oriented to risk groups, introducing from 2001, that can be used for managing of given pathology.

Degree of embed and economic effectivity. Approaches in study of peculiarities for development of epidemy were worked out, and, suggested methods of primary and secondary prophylaxis were used in centers of dermatology and prophylaxis of country and showed high social, economical and medical efficacy.

Sphere of usage: Dermatovenerology, public health and health care

Соискатель:

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ СОКРАЩЕНИЙ

ВИЧ	- Вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВУЗ	- Высшее учебное заведение
ИППП	- Инфекции, передаваемые половым путем
КВД	- Кожно-венерологический диспансер
МЗ РК	- Министерство здравоохранения Республики Казахстан
РКС	- Работники коммерческого секса
СНГ	- Содружество Независимых Государств
СПИД	- Синдром приобретенного иммунодефицита
СУЗ	- Среднее учебное заведение