

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
НАУЧНО-ПРОИЗВОДСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ
«ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА»

МИНИСТЕРСТВО ОБРАЗОВАНИЯ И НАУКИ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ
МЕЖДУНАРОДНЫЙ УНИВЕРСИТЕТ КЫРГЫЗСТАНА

Межведомственный диссертационный совет Д.14.09.380

На правах рукописи
УДК 616.97-036.22-084

ОРОЗБЕКОВА БУБУСАЙРА ТОЛОБАЕВНА

**НАУЧНЫЕ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ В СИСТЕМЕ
ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОГО НАДЗОРА И ПРОФИЛАКТИКИ
ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ
(НА ПРИМЕРЕ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ)**

14.00.30 – эпидемиология

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

БИШКЕК – 2010

Работа выполнена на базе кафедры общественного здравоохранения медицинского факультета Ошского государственного университета

Научный консультант:

доктор медицинских наук, профессор Касымов Омор Тилегенович

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук,
академик НАН РК Сыздыков Марат Сулейманович

доктор медицинских наук, профессор Усманов Рафик Каримович

доктор медицинских наук Мырзахметов Эржан Исатаевич

Ведущая организация: Казахский Национальный медицинский университет им. С.Ж. Асфендиярова

Защита диссертации состоится «16» апреля 2010 г. в 13.00 часов на заседании межведомственного диссертационного совета Д.14.09.380 при Научно-производственном объединении «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения и Международном университете Кыргызстана Министерства образования и науки Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Научно-производственного объединения «Профилактическая медицина» Министерства здравоохранения Кыргызской Республики по адресу: 720005, г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34.

Автореферат разослан « 4 » марта 2010 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
д.м.н., профессор

Белов Г.В.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность. В последние 10-15 лет особую тревогу в здравоохранении вызывают инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), в связи с тем, что они получили широкое распространение с тенденцией к росту (Е.И. Дмитриев, 1997; Дж.А. Далабетова с соавт., 1999; А.Л. Гришина, 2000; В.Н.Серов с соавт., 2005). По данным ВОЗ (1999), ежегодно заболевает сифилисом 25 млн. человек. Заболеваемость сифилисом приобрела эпидемический характер с вовлечением лиц в возрасте до 17 лет (А.А. Кубанова, 2002). Так, в России 50% сексуально активного населения уже имеют контакт с ИППП (А.М. Калинина с соавт., 1999; Р.К. Кабыкенова 2003; В.А. Молочков с соавт., 2006; WHO, 2005). При этом уровень заболеваемости подростков в 3,5 раза превышает заболеваемость взрослого населения (Е.В. Ощепкова с соавт. 2002; В.К. Овчаров, 1999; Е.А. Тищук, 1997). Не меньшую озабоченность и беспокойство вызывает стремительное распространение «новых» ИППП: уrogenитальный хламидоз, трихомониаз, генитальный герпес, микоплазмоз и др.

Причины широкого распространения ИППП не выяснены и во многом остаются спорными (К.С. Акышбаева, 2003). К тому же рост ИППП происходит на фоне снижения дееспособности учреждений здравоохранения в оказании медицинских услуг в новых условиях экономических отношений (Н.Ю. Андреева, 1999; Н.И. Брико с соавт., 2004; К.У. Акынбеков с соавт., 2006; отчет UNFPA, 2002). Сократились объёмы и качество услуг на уровне амбулаторно-поликлинической службы, утрачивается общедоступность, равенство и бесплатность медицинского обслуживания, ухудшилось организационное и материально-техническое обеспечение лечебно-профилактических организаций (Н.К. Касиев, 1999; А.В. Тихомирова, 1998).

Вопросам организации лечебно-профилактической помощи посвящен целый ряд исследований, однако многие социально-медицинские проблемы, связанные с ИППП, не изучены в полной мере (К.И. Разнатовский с соавт., 2000; М.В. Баев, 2001; Б.А. Какеев, 2005; А.М. Савичева, 2006; WHO, 2005). В частности, отсутствуют указания на связь ИППП с социальными и другими факторами риска, сформировавшихся в современном обществе. В Кыргызстане набирают силу такие негативные явления, как высокий уровень безработицы, внутренняя и внешняя миграция, наркомания и алкоголизм (Д.А. Байызбекова с соавт., 2004; Л.И. Тихонова, 2001, 2003).

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют для общества отсроченную опасность, которая проявляется спустя годы в

виде нарушения репродуктивного здоровья населения, рождения физически и умственно неполноценного потомства, тяжелых поражений нервной системы и внутренних органов (М.К. Сапарбеков, 2006; А.А. Панченко, 2008). Однако информация о масштабах и характере наносимого ими социального ущерба практически отсутствует (В.И. Дмитриев с соавт., 2006), в т.ч. в Кыргызской Республике (А.Э. Самигулина, 2008).

Все вышесказанное определило актуальность данного исследования и является своего рода социальным заказом правительства, так как для оптимизации методов профилактики ИППП необходимы четкая и достоверная информация о системе взаимодействия объективных условий и субъективных факторов, детерминирующих ИППП.

Работа выполнена в рамках реализации Постановления Правительства №498 «О государственной программе по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в КР на 2006-2010 годы», утвержденной от 6 июля 2006 года, номер государственной регистрации темы исследования – 01040 КР 00162.

Цель исследования: определить тенденции современной эволюции эпидемического процесса группы инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), на основе системного подхода к анализу, изучения проблем организационного, медико-социального порядка для оптимизации системы эпидемиологического надзора.

Задачи исследования:

1. Провести анализ многолетней динамики, уровня и тенденции заболеваемости ИППП в Ошской области за последние 17 лет по данным официальной статистики (1991-2007 гг.).
2. Изучить эпидемиологическую ситуацию в плане выявления неблагополучных территорий и групп населения, проблем учета, диагностики, лечения и профилактики ИППП.
3. Изучить внутренние регуляторные механизмы (причины) развития эпидемического процесса ИППП с позиций социально-биологического характера его функционирования и возможности моделирования.
4. Оценить характер и эффективность эпидемиологического надзора за ИППП, проводимого лечебными учреждениями системы здравоохранения Республики.
5. Определить последствия, уровень потенциальной демографии и социально-экономический ущерб от ИППП с учетом нозологических форм.
6. На основании полученных результатов разработать и научно обосновать интегрированную систему эпидемиологического надзора, а

также профилактики ИППП в условиях ограниченных финансовых ресурсов.

Научная новизна.

- Применение системного подхода в изучении эпидемиологии ИППП за 17-летний период (1991-2007 гг.) впервые позволило охарактеризовать современные тенденции эволюции и оценить вклад основных движущих факторов в его динамику.

- Впервые дана комплексная оценка эпидемиологической ситуации по ИППП, качества и уровня оказания венерологической помощи в Ошской области в динамике и по территориям, результаты которой можно экстраполировать для лечебных организаций Кыргызской Республики.

- Построена модель комплексного воздействия на показатели заболеваемости ИППП факторов, оказывающих наибольшее влияние, и с учетом продолжительности их воздействия составлен кратко- и среднесрочный прогноз.

- Впервые рассмотрены внутренние механизмы эпидемического процесса с позиций социально-биологической автоволновой саморегуляции, выделены территории и группы населения с высоким риском заболеваемости ИППП в Ошской области.

- Дана оценка социально-экономического ущерба ИППП на основе расчета показателей потенциальной демографии, потенциальной потери жизни - 65 (ПЖЖ-65), временной утраты трудоспособности и отдаленных последствий, связанных с нарушениями репродуктивного здоровья.

- Обозначены проблемы организационного, диагностического, лечебного и социального характера в структуре мероприятий по снижению ИППП.

- Разработаны мероприятия по повышению эффективности профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем, с учетом современных социальных требований и организационно-правовых возможностей медицинских организаций.

Теоретическая значимость. На основе полученных результатов обоснован комплекс мероприятий по снижению социально-экономических последствий ИППП. Определена связь ИППП с потенциальной демографией и медико-статистическими показателями.

Практическая значимость работы. Выявлены причины низкой эффективности профилактики ИППП, приведен алгоритм расчета потенциальных демографических потерь, ПЖЖ-65 и временной утраты трудоспособности. Определены отдаленные последствия ИППП, обусловленные запоздалой диагностикой и неадекватным лечением. Внесены изменения в отдельные концептуальные подходы, касающиеся организации

анонимности проведения обследования, посиндромной терапии, превентивного лечения, целесообразности и эффективности комплексных программ. На основе изучения эпидемиологической и медико-демографической характеристики обоснованы мероприятия по выявлению, предупреждению и профилактике ИППП, рекомендован интегрированный надзор с привлечением заинтересованных ведомств и служб Ошской области.

Данные по заболеваемости детей и подростков позволили выявить определенные закономерности и факторы, а также сформулировать предложения по изменению отчетности по ИППП (ф.34 здоров) для Республиканского медико-информационного центра (РМИЦ) МЗ КР.

Результаты исследований используются в учебном процессе на кафедре «Общественного здравоохранения» медицинского факультета ОшГУ, Центре семейной медицины (ЦСМ) г. Ош и Ошской области.

Экономическая значимость. Экономический ущерб только от заболеваемости ИППП с временной утратой трудоспособности для государства составил 4121,1 тыс. сомов в год. Ежегодно остаются бесплодными порядка 100-120 супружеских пар, имеется корреляционная связь средней силы между самопроизвольными абортами и младенческой смертностью и ИППП.

Внедрение результатов исследования. Материалы диссертации в виде методических рекомендаций использованы в практической деятельности лечебно-профилактических учреждений, врачами ГСВ и ЦСМ г. Ош и Ошской области (акт внедрения от 08.07.2009 г). Основные положения диссертационной работы включены в программу по подготовке студентов на кафедре «Общественного здравоохранения» ОшГУ (акт внедрения от 07.04.08 г.).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту:

1. На данном этапе проблемами дерматовенерологической службы Кыргызской Республики являются: высокий уровень заболеваемости сифилисом и гонореей, широкое распространение «новых» ИППП (урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, микоплазмозы и т.д.), рост врожденного сифилиса, высокий уровень микст-инфекций, требующих новых подходов к диагностике и лечению таких сочетаний.

2. Взаимосвязь распространенности ИППП с социально-экономическими условиями и демографическими факторами: в числе больных доминируют лица в возрастных группах 20-29 лет, 30-39 лет; миграционные процессы влияют на социально-имущественный статус больных ИППП.

3. Проблемы регистрации и контроля ИППП в современных условиях (миграция населения, локальные конфликты, «прозрачность» границ

со странами СНГ). Неэффективная организация статистического учета в лечебных организациях различного уровня как государственных, так и в частных не позволяет в должной мере определить требуемые медико-организационные и социально-медицинские мероприятия для данной категории населения.

4. Медицинский и социально-экономический ущерб от ИППП по нозологическим формам: влияние на репродуктивное здоровье, на показатели потенциальной демографии, ППЖ-65, экономический ущерб и эффективность эпидемиологического надзора, оптимизации учета, диагностики, качества лечения и профилактики.

Личный вклад соискателя. Выявление проблем, обусловленных ИППП, составление программ проведения исследований, выкопировка данных из первичных материалов, анкетирование, формирование статистических таблиц и их анализ, подготовка материалов к публикациям, а также научная оценка, формирование основных положений диссертации, выводов и заключения проведены лично соискателем.

Апробация результатов диссертации. Основные результаты исследования доложены и обсуждены на научно-практической конференции кафедры социальной медицины, экономики и организации здравоохранения КГМА (Бишкек, 2005); ученом Совете высшей школы общественного здравоохранения Казахстана (Алматы, 2005); совместной международной конференции КГМА и Высшей школы общественного здравоохранения Казахстана с Альянсом научных изысканий ВОЗ (Алматы, 2006); на международной конференции Кыргызской государственной медицинской академии (Бишкек, 2007); неделе науки медицинского факультета ОшГУ, (Ош, 2009); на межкафедральном совещании общей и клинической эпидемиологии, дерматовенерологии и общественного здравоохранения и здоровья КГМА (Бишкек, 2009), на межкафедральном совещании инфекционных болезней с курсом эпидемиологии и дерматовенерологии КРСУ (Бишкек, 2009).

Опубликованность результатов. По теме диссертации опубликовано 29 научных работ, в том числе монография и 2 учебно-методических пособий.

Объем и структура диссертации: Диссертация изложена на 210 странице, состоит из введения, обзора литературы, организации и методики исследования, 8 глав и выводов, заключения, практических рекомендаций. Указатель литературы включает 267 источников, в том числе 67 - дальнего зарубежья. Работа иллюстрирована 78 таблицами и 18 рисунками.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Глава 1. Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем (аналитический обзор литературы). Проведенный анализ литературы свидетельствует об актуальности проблемы ИППП как за рубежом, так и в Кыргызской Республике. Работы, описывающие эпидемиологические закономерности распространения ИППП, основанные на фундаментальных исследованиях биологических закономерностей взаимодействия возбудителей и человеческой популяции, малочисленны.

Ухудшение материальных возможностей определенных слоев населения создают условия для перехода в группу повышенного риска. Также одновременное обнаружение у больных нескольких инфекций ИППП создает трудности диагностики и лечения, проведения неадекватной и несвоевременной терапии, регистрации и контроля ИППП в условиях рыночной экономики и частной практики.

Вышеизложенное обуславливает необходимость активного комплексного воздействия на все стороны эпидемического процесса и определяет приоритетное направление системы профилактики ИППП.

Глава 2. Материалы и методы. Объектом исследования послужили население и лечебно-профилактические учреждения г. Ош и Ошской области. Исследования охватывают 17-летний период (1991 – 2007 гг.).

Материалом для эпидемиологического исследования служили данные официальной регистрации случаев ИППП Республиканского медико-информационного центра МЗ КР и Ошской области, учетно-отчетные материалы Ошского областного кожно-венерологического диспансера и ЦСМ (отчетная форма № 34 здрав); отчетная форма №9; отчетная форма № 089/у).

Методы исследования. При проведении работы применялись ретроспективные и проспективные методы исследования. Использовались литературно-исторический, аналитический, статистический, социологический и эпидемиологический методы.

Сексуальное поведение населения с учетом групп риска изучалось с помощью анонимной анкеты, разработанной в соответствии с международной программой "Здоровые города" (2004).

Для диагностики ИППП использовались бактериоскопические, бактериологические и серологические методы исследования. Для идентификации *Chlamydia trachomatis* и других возбудителей применялись молекулярно-биологические методы: ИФА, (ПЦР). Идентификация диагнозов основывалась на МКБ - X пересмотра (1999).

Статистическая обработка материалов исследования проводилась по общепринятым методам вариационной статистики с использованием персонального компьютера в программе EXCEL-2000 (Microsoft Co, 2000, США) и использование программы ANALYSIS (Epi Info 6, США).

Показатели потенциально потерянных лет жизни - определяли по формуле, предложенной С.J.L. Murray (1):

$$\sum_{X=Q}^{X=L} dx(L-x), \quad (1)$$

где dx – смерть в возрасте x , L – потенциальный предел жизни. За потенциальный предел жизни принимали 65 лет согласно рекомендации СиДиСи (2006 г.).

Степень достоверности выбранного наблюдения определяли по величине ошибки репрезентативности (m) по формуле (2):

$$m = \sqrt{\frac{p \times (100 - p)}{n}}, \quad (2)$$

где p – показатель признака, выраженный в процентах; n – число наблюдений.

Степень достоверности (t) различий в изучаемых показателях определяли по формуле (3):

$$t = \frac{p_1 - p_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}}, \quad (3)$$

где p_1 и p_2 – показатели сравниваемых признаков, выраженные в процентах, m_1 и m_2 – средние ошибки сравниваемых показателей.

Если разность показателей превышала свою среднюю ошибку менее чем в 2 раза ($t < 2$), то она считалась несущественной. При величине $t > 2$ разность показателей определялась нами как существенная, так как выраженность наличия разницы показателей превышает 95% ($p > 95\%$), а вероятность 5% ($p < 0,05$).

Для изучения взаимосвязи между изучаемыми признаками был использован метод корреляции. Для изучения связи вычисляли коэффициент корреляции по способу квадратов Пирсона по формуле (4):

$$r_{xy} = \frac{\sum d_x \times d_y}{\sqrt{\sum d_x^2 \times d_y^2}}, \quad (4)$$

где r_{xy} – коэффициент корреляции; x и y – коррелируемые ряды; d_x и d_y – отклонения каждого варианта ряда от средней величины (x), вычисленной для каждого ряда изучаемых признаков.

Данные о численности населения по полу и возрасту проанализированы из материалов Республиканского медико-информационного центра

(РМИЦ), а также из отчетов по приписному населению Центра семейной медицины г. Ош и Ошской области.

Глава 3. Анализ многолетней динамики инфекций, передаваемых половым путем в Кыргызской Республике. В данной главе представлена динамика инфекций, передаваемых половым путем, в Кыргызской Республике за 1991–2007 гг. Наиболее полную регистрацию в КР получили больные сифилисом и гонореей, без указания половой и возрастной структуры. Статистическая обработка данной информации показала, что с начала 1991 по 1997 гг. в Кыргызской Республике, в том числе Ошской области отмечался значительный рост заболеваемости сифилисом.

Пик заболеваемости сифилисом пришелся на 1997 г., составив 167,8 на 100 тыс. населения, в сравнении с 1991 г., число случаев сифилиса возросло в 84 раза. С 1998 г., несмотря на устойчивое снижение заболеваемости, в целом показатели заболеваемости сифилисом остаются высокими, составив в 2005 г. - 39,2; 2006 г. - 32,7; 2007 г. - 25,6 на 100 тыс. населения.

В Ошской области динамика заболеваемости сифилисом происходила аналогично. Соотношение заболеваемости сифилисом в Ошской области и в целом по республике отражено на рис.1. На протяжении всего периода наблюдения заболеваемость сифилисом в Ошской области ниже, чем в целом по республике. Особенно существенная разница отмечена в период роста эпидемии сифилиса, которая началась в 1994 г. и стремительно развивалась до 1997 г. В последующие годы заболеваемость сифилисом пошла на убыль, но ее уровень остается достаточно высоким - в 2007г. 25,6 случаев на 100 тыс. населения.

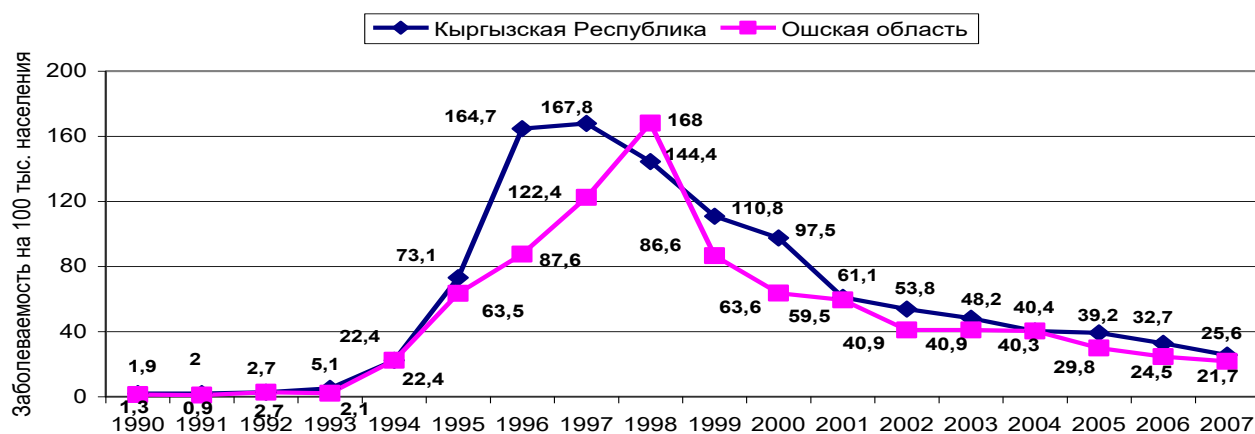


Рис. 1. Сопоставление динамики заболеваемости сифилисом в Ошской области и в Кыргызской Республике в целом

Причинами значительного роста ИППП с 1991 по 1997 гг. в Ошской области послужили существенные социальные перемены и экономический кризис, сопровождавшийся распадом системы здравоохранения, ро-

стом нищеты, безработицы, алкоголизма, наркомании и активацией миграционных процессов. Проведенные нами исследования показали, что заболеваемость сифилисом и гонорей в группе безработных в сотни раз выше (234‰), чем в группе занятых в производстве (12,3‰).

В КР отмечены достоверные различия заболеваемости сифилисом среди женщин (29,8‰) и мужчин (35,7 ‰). У мужчин преобладают первичный и рецидивный сифилис. Степень достоверности различий по этим формам составила: $t = 3,6 - 99,9\%$ ($P < 0,001$).

Показатели заболеваемости сифилисом нарастают по мере увеличения возраста пациентов. Пик заболеваемости приходится на сексуально-активный возраст – 20-29 лет (рис. 2).

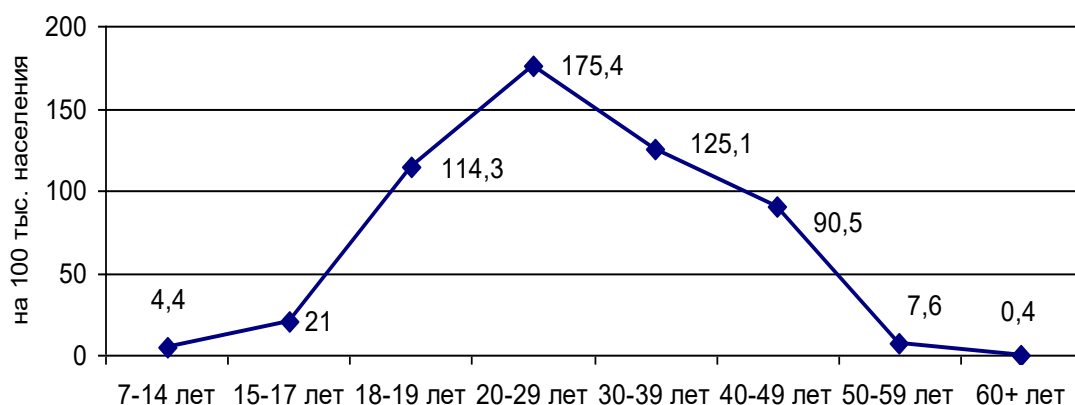


Рис. 2. Возрастная структура заболеваемости сифилисом в Кыргызстане

В республике ежегодно регистрируется от 12 до 93 случаев врожденного сифилиса. Если в 1995г. больные врожденным сифилисом в числе впервые заболевших составляли 0,36%, то в 2004г. – 2,73%, а в 2006г. – 2,90%. Причем эта тенденция в динамике прогрессирует. Врожденный сифилис к общему числу больных сифилисом в Ошской области составляет 2,5%.

Уровень заболеваемости гонореей в последние годы в республике колеблется в пределах 22,7 - 70,6 случаев на 100 тыс. населения, в Ошской области от 13,9 – 100,6 (табл.1).

Мужчины болеют гонореей в 2,5 раза чаще (32,9 случая на 100 тыс. населения), чем женщины (13,3 случая на 100 тыс. населения). В последние годы разрыв заболеваемости среди мужчин и женщин в республике сократился, но остается еще выраженным. В общем числе больных гонореей в республике, больные острой гонореей составляют 73,0%, в Ошской области - 70,8%, а в городе Ош значительно ниже - 53,3% (табл. 2).

Уровень заболеваемости гонореей городского населения Ошской области и г. Ош выше, чем в целом по республике. Если в целом по республике показатель заболеваемости гонореей составляет 22,5 случая, то в

Таблица 1

Динамика заболеваемости гонореей в Ошской области и в КР

Годы наблюдения	Кыргызская республика				Ошская область			
	Показатели заболеваемости		Темп		Показатели заболеваемости		Темп	
	абс. число	на 100 тыс. нас.	при- роста	роста	абс. число	на 100 тыс. нас.	при- роста	роста
1992	3166	70,6	28,9	127,2	352	32,4	-3,0	97,0
1993	3035	67,9	-4,1	122,3	363	26,2	-19,1	78,4
1995	2542	57,2	-2,5	103,1	385	47,1	51,0	141,0
1997	2010	44,3	-17,6	79,8	514	46,3	51,8	138,6
1999	2280	48,9	-6,4	88,1	993	86,6	12,0	259,3
2001	2360	48,3	2,8	87,0	1225	100,6	58,2	301,2
2003	1373	27,7	-22,1	49,9	336	26,3	-26,1	78,7
2005	1414	27,9	-5,8	50,3	377	29,2	4,3	87,4
2007	1170	22,7	-1,5	40,9	183	13,9	-44,8	41,6

Таблица 2

Соотношение заболеваемости острой и хронической гонореей в регионах

Регион	Число наблюдений	Из них течение гонореи			
		острое		хроническое	
		число наблюдений	%	число наблюдений	%
Республика	17153	13511	73,0	3642	27,0
Ошская область	2072	1604	70,8	468	29,2
г. Ош	1329	906	53,3	423	46,7

городе Ош - 54,4 на 100 тыс. населения. На г. Ош в отдельные годы приходится до 50% больных гонореей в Ошской области.

Соотношение больных гонореей к сифилису меняется во времени. На начальном этапе (1991-1994 гг.) заболеваемость гонореей превосходит заболеваемость сифилисом (рис.3). В период эпидемического всплеска сифилиса (1995-1997 гг.) заболеваемость гонореей отстает от заболеваемости сифилисом порой в 3,8 раза. В последующие годы наблюдается некоторое снижение заболеваемости сифилисом.

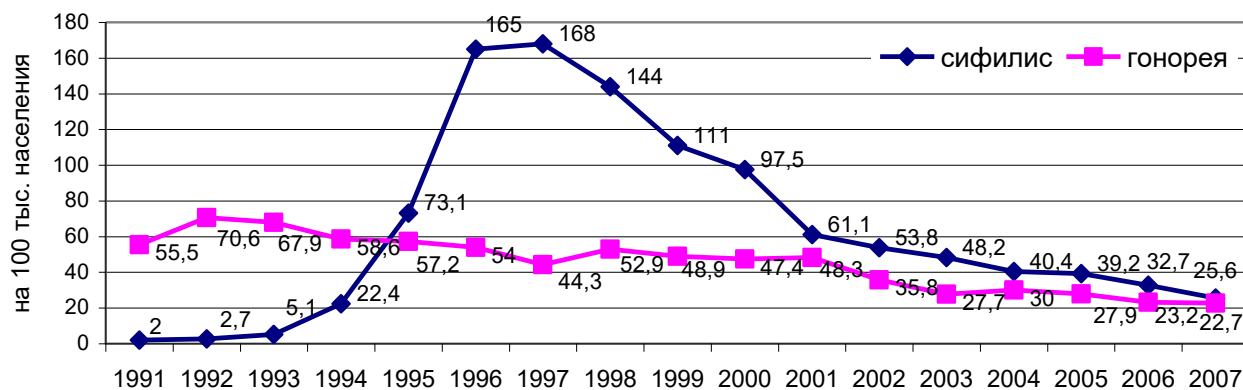


Рис. 3. Соотношение заболеваемости гонореей и сифилисом в 1991-2007 гг. по Ошской области

Таким образом, ИППП поражают значительные группы населения КР и Ошской области в относительно короткий срок и носят эпидемический характер, в котором прослеживаются три периода: подъем заболеваемости, период рефрактерности (персистирование возбудителя) и латентный период (фаза покоя). Период расцвета заболеваемости сифилисом в Кыргызстане был относительно коротким - в пределах 5-6 лет (1994-2000 гг.). Период спада заболеваемости сифилисом затягивается. За 10-летний срок заболеваемость сифилисом сократилась по КР в 4,6 раза, в Ошской - 12,7 раза.

Эпидемия сифилиса представляет собой автоволновой процесс, в котором представляется возможным выделить 4 группы факторов, способствующих развитию эпидемического процесса ИППП. Это - предрасполагающие, способствующие, ускоряющие и усиливающие. Поэтому мероприятия по ИППП, в том числе сифилису и гонорее, должны проводиться с учетом закономерности автоволнового процесса. На период подъема заболеваемости ИППП для многих послужили основой изменения морально-нравственных устоев стрессовые ситуации (безработица, бедность, миграция). Главными мотивами среди молодежи становится потребительская психология, стремление к сомнительным по своей направленности развлечениям, неприятие положительных идеалов, падает престиж добросовестного труда у молодежи (А.А. Панченко, 2008; В.Х. Битеев с соавт., 1999), что создало условия для раннего начала половой жизни, сексуальной распущенности, проституции, роста наркомании, алкоголизма.

Из числа безработных от 9,1 до 15,3% населения проживало за чертой бедности (Национальный отчет..., 2002; Л.Н. Башмакова с соавт., 2003). Нищета, безработица породили такое негативное явление, как сексуальное рабство, коммерческий секс.

Несовершенство венерологической службы сыграло не последнюю роль в эпидемической вспышке ИППП. Приказом МЗ КР № 318 от 29.08.07 г. введены смягчающие законодательные меры по отношению к венерическим больным, в соответствии с которыми не применяются административные меры к больному, не желающему указывать свои половые контакты. 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. Наряду с этим, в ходе реформирования кожно-венерологической службы в республике заметно снизилась обеспеченность населения диспансерными койками с 10 до 2-х, обеспеченность специалистами сократилась с 250 до 136 (Здоровье населения и деятельность учреждений здравоохранения Кыргызской Республики за 1992-2007 гг.). В качестве альтернативы были открыты 70 кожвенкабинетов для амбулаторного приема, но, с учетом сложившейся неблагоприятной ситуации, этого количества было явно недостаточно (Отчет ВОЗ, 2003). Практически почти все кабинеты и частные медицинские центры занимались анонимным лечением ИППП. Таким образом, проводимые преобразования в системе здравоохранения в условиях безработицы, активации миграционных процессов не смогли обеспечить эпидемический контроль за ИППП, их ранней диагностики и качественного лечения.

В период рефрактерности (персистентности возбудителя), судя по динамике показателей младенческой смертности и рождаемости, улучшилось экономическое положение страны, народ стал выбираться из хаоса нищеты и безработицы, люди стали относиться к своему здоровью более бережно и по возможности избегать случайных половых контактов. Однако ликвидация негативных процессов проходит крайне медленно, что является причиной затяжного течения периода рефрактерности.

Прогноз эпидемии ИППП определяется характером и интенсивностью мероприятий, проводимых в латентный период. На данном этапе основной целью проводимых мероприятий является выявление скрытых форм ИППП и предупреждение заноса инфекций на территорию Ошской области.

Глава 4. Эпидемиологические аспекты ИППП в Ошской области. В данной главе даются эпидемиологические аспекты ИППП в Ошской области по частоте и распространенности сифилиса. За последние три года (2004-2006 гг.) обычный (грубый) показатель заболеваемости сифилисом в Ошской области колебался в пределах 25,3 на 100 тыс. населения, стандартизованный - 24,7‰. Показатель относительного риска по регионам колеблется от 0,1 до 0,8, и это не связано с концентра-

цией населения. Более половины (51,5%) больных сифилисом проживают в г. Ош, где стандартизованный показатель заболеваемости сифилисом (65,9‰) превышает таковой по области в 2,7 раза.

На этом основании можно утверждать, что рост заболеваемости сифилиса обусловлен не численностью населения как таковой, а отношением населения к сохранению своего здоровья. С 1997 г. заболеваемость сифилисом по всем регионам области снижается, но наиболее заметно – в Кара-Суйском районе в 7,4 раза, в Араванском в 5,6 раза и в г. Ош 5,2 раза сократилась заболеваемость. В общей структуре заболеваемости сифилисом преобладала форма раннего скрытого сифилиса, удельный вес которого в различные годы колебался от 66,3% до 80,4%. В динамике прослеживался рост вторичного сифилиса. Одновременно продолжается регистрация поздних форм сифилиса в г. Ош - 4 случая, 2 случая в Узгенском районе, что ранее не наблюдалось.

Заболеваемость гонореей. Фоновый показатель заболеваемости гонореей в Ошской области составляет 41,5 случая на 100 тыс. населения, тогда как по регионам данный показатель колеблется от 6,5‰ (Араванский район) до 100,6‰ (Кара-Суйский район), еще выше в г. Ош 138,9‰ (табл.3). В последние годы по районам Ошской области больных гонореей регистрируется значительно меньше, чем на начальном этапе наблюдения. Число больных по регионам снижается с различной интенсивностью. Так, в Кара-Суйском районе число больных гонореей сократилось на 97,8%, тогда как в Узгенском районе - на 20%.

Другая закономерность, которая заслуживает внимания, сводится к тому, что из общего числа больных гонореей в области более половины являются жителями города Ош. Целенаправленные исследования показали, что доля городских жителей из общего количества больных гонореей составлял в среднем 80%, а коэффициент заболеваемости на 100 тыс. населения имел 3-х и 8-кратные различия (табл. 4). Причиной этому, по видимому, послужило то, что, городские и сельские жители по-разному проводят свое свободное время. В сельской местности жители чаще проводят в кругу своей семьи, тогда как городские жители устраивают групповые встречи, что способствует случайным половым контактам. Подтверждением этому является то, что в г. Ош сосредоточено более 1,5 тыс. секс-работников (Л.Н. Башмакова, Г.У. Курманова, А.А. Кашкарев, 2003).

Следующим негативным моментом является увеличение числа больных хронической гонореей. Так, если в 1999 г. в общем числе больных гонореей доля лиц с хронической гонореей составляла 20,6%, то в 2004 г. - 24,1% и 2007 г. - 26,2%. Особенно это отчетливо проявляется в Кара-Суй-

Таблица 3

Заболееваемость гонореей в регионах Ошской области в динамике
(абс. чис.)

Регион наблюдения	Годы наблюдения									Снижение с 1999 по 2007 гг.		
	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	число случаев	%	один процент
Ошская обл.	733	708	105 2	438	336	357	377	329	183	550	75,0	7,33
в т.ч.г. Ош	241	299	896	369	240	283	299	278	136	105	43,6	2,41
Алайский р-н	10	5	9	4	7	5	9	1	3	7	70,0	0,1
Араванский р-н	16	11	11	4	6	3	0	1	4	12	75,0	0,16
Кара-Сууйский р-н	367	301	57	18	27	19	38	21	8	359	97,8	3,67
Наукатский р-н	56	51	35	18	18	11	8	11	11	45	80,4	0,56
Кара-Кулжин. р-н	10	8	4	9	12	25	11	5	5	5	50,0	0,1
Узгенский р-н	20	20	35	15	26	11	11	11	16	4	20,0	0,2
Чон-Алай р-н	13	13	5	1	0	0	1	1	0	13	100,0	0,13
Без г. Ош	492	409	156	69	96	74	78	51	47	445	90,4	4,92

Таблица 4

Заболееваемость гонореей городского и сельского населения Ошской области в динамике на 100 тыс. населения

Годы	Всего	В том числе						Уровень превышения заболеваемости городских над сельскими (число раз)
		город			село			
		число больных	%	на 100 тыс. нас.	число больных	%	на 100 тыс. нас.	
2000	764	369	48,3	132,1	395	51,7	42,8	3,1
2001	727	471	64,8	166,7	256	35,2	31,0	5,4
2002	503	298	59,2	104,0	205	40,8	21,5	4,8
2003	506	301	59,5	99,0	205	40,5	21,1	4,7
2004	380	212	55,8	68,3	168	44,2	17,4	3,9
2005	316	181	57,3	57,8	135	42,7	13,8	4,2

2006	283	150	53,0	47,8	133	47	13,4	3,6
2007	196	108	55,1	34,4	88	44,9	8,8	3,9

ском районе: 6,0%, 18,5% и 37,5% соответственно, что указывает на низкий уровень проводимых лечебно-диагностических мероприятий.

Хроническая гонорея составила 18,5% из общего числа больных гонореей мужчин, тогда как среди женщин тот же показатель составил - 48,5%. На практике это означает, что большое число больных обратилось за медицинской помощью более чем через 2 месяца после заражения. Не вызывает сомнений, что высокий процент больных хронической гонореей обусловлен поздним обращением, дефектами обследования и лечения. В этом плане особого внимания заслуживают женщины, среди которых удельный вес хронической гонореи за период с 2001 по 2007 гг. увеличился с 41,6% до 47,2%.

ИППП «нового поколения» в Ошской области. В общем числе ИППП, новые инфекции составили 65,8%, в их числе трихомониаз (38,4%), хламидиоз (20,0%), гарднереллез (24,7%), урогенитальный кандидоз (10,6%) и аногенитальный герпес (6,3%). Различия заболеваемости населения ИППП «нового поколения» в различных районах Ошской области более чем 13-кратные. Так, если распространенность заболеваемости ИППП «нового поколения» в Ноокатском районе составляла 20,3 случая на 100 тыс. населения, то в Алайском - 273,7 на 100 тыс. населения. Наиболее высокая заболеваемость отмечалась в городе Ош - 283,1 на 100 тыс. населения, тогда как в целом по области этот показатель составил 101,2 на 100 тыс. населения. Различия по районам обусловлено тем, что врачи сельской практики еще не имеют достаточного опыта по диагностике ИППП. Из общего числа больных, мужчины составили 29,5%, женщины - 70,5%. Однако это соотношение нарушается при хламидиозе (М - 62,5%, Ж - 37,5%) и аноуреагенитальным герпесе (М - 63,0% и Ж - 37,0%).

Заболеваемость гарднереллезом. Из общего числа выявленных больных гарднереллезом в учреждениях ЛПО, в венерологических учреждениях подтвержден диагноз в 43,2%, в гинекологических клиниках - 19%, в службе планирования семьи - 26%, в акушерских клиниках - 15,2% и при осмотре школьников - 10,2%. Все школьницы оказались девственницами. Из этого следует, что гарднереллез имеет бытовое распространение. Число вновь выявленных случаев гарднереллеза за период с 2002 по 2007 гг. в относительных величинах увеличилось более чем в 4 раза - с 14,6 (2002 г.) до 59,9 (2007 г.) на 100 тыс. населения. Показатели роста заболеваемости гарднереллезом обусловлены более полным учетом, так как официальная регистрация ИППП начата лишь с 2002 г.

Наибольшее распространение гарднереллез имеет среди сексуально-активного населения. Среди заболевших в возрасте 20-29 лет гарднереллез выявлен почти у половины - 47,9%, затем следует группа «30-39 лет» - 26,0%.

Заболеваемость хламидиозом. В общей популяции населения заболеваемость мочеполовым хламидозом составила 40,5 на 100 тыс. населения, в том числе среди мужского - 19,7 на 100 тыс. населения, женского - 61,1 на 100 тыс. населения. Характерно, что во всей исследуемой совокупности, во всех возрастных группах, преобладали лица женского пола, в среднем - 75,8%, тогда как, по данным кожвендиспансера, в числе больных хламидиозом преобладают мужчины - 58,0%. В группе исследуемых женщин, обратившихся к гинекологу по поводу выделений из влагалища, заражение хламидиозом диагностировано в 73,6%. Динамика заболеваемости хламидиозом за 4 года наблюдения не изменилась. Наиболее инфицированной была исследуемая группа в возрасте 25-29 лет (56,2%).

Заболеваемость трихомониазом. В Ошской области показатель заболеваемости мочеполовым трихомониазом составил 38,4 на 100 тыс. населения. Распространенность данного заболевания среди женщин был в два раза выше (51,8‰), чем среди мужчин (25,1‰). В динамике заболеваемость трихомониазом снижалась как у мужчин, так и у женщин. За период с 2001 по 2007 гг. число больных трихомониазом сократилось в 2,8 раза, в интенсивных показателях с 79,7 до 26,2‰.

К числу обследованных в кожно-венерологических диспансерах выявленные больные трихомониазом составляли 53,2%, в гинекологических учреждениях - 49%, в службах планирования семьи - 32%, в акушерской клинике 13,2%, при профилактических осмотрах - 11,8%. Таким образом, по уровню выявления больных трихомониазом лидировали гинекологические учреждения. В группе женщин, обратившихся по поводу выделений из влагалища, заболеваемость трихомониазом составила 58%.

Грибковые заболевания. По поводу кандидозного вагинита (кандидозного вульвовагинита) обращается ежегодно от 170 до 250 пациентов (15,3 на 100 тыс. населения).

Распространенность данного заболевания среди женщин составила 23,3 на 100 тыс. населения, что в 3 раза выше, чем у мужчин (7,2 на 100 тыс. населения). Рецидив заболевания отмечен у 40% женщин.

Заболеваемость уреаплазмозом. *Ureaplasma urealyticum* регистрируется как ИППП только 2003 г. Среди населения выявляется относительно редко (45,0 - 54,2 на 100 тыс. населения), но чаще в группе сексуально активных женщин.

Заболеваемость генитальным герпесом. За период с 2002 по 2007 гг. зарегистрировано 324 случая аногенитального герпеса, что составило 3,6 на 100 тыс. населения. Чаще всего инфицировались лица в возрасте 20-25 лет. Лица мужского пола обращались за медицинской помощью по поводу генитального герпеса чаще (15,6 на 100 тыс. населения), чем женщины (9,3 на 100 тыс. населения). Динамика заболеваемости данной патологией носит неустойчивый, волнообразный характер.

Микст-инфекции. В группе лиц с ИППП наличие моноинфекций оказалось только у 34,7%. Так, при сифилисе моноинфекция (бледная спирохета) определена в 66,0% случаев. Сифилис в сочетании с гонореей - 9,2%. Гонорея чаще всего сочеталась с трихомониазом в (28,2%) и гарднереллезом (10,1%). Трихомониаз, как самостоятельное заболевание, определялся лишь в 15,5%. Хламидиоз, как правило, сочеталось с гарднереллезом в (37,0%) и трихомониазом в (24,0%). Гарднереллез как самостоятельное заболевание регистрировался в 22,0%, урогенитальный кандидоз - в 53,0% и аноурогенитальный герпес - в 61,0%. Разновидность микст-инфекций объясняется рядом поведенческих факторов: сексуальная активность, частота смены половых партнеров, возрастом начала половой жизни, а также гормональным и иммунным статусом. Одним из наиболее часто встречаемых причин микст-инфекций является бактериальный вагиноз, который оценивается как одно из главных условий, способствующих распространению ИППП (И.В. Калмыкова 2000; З.Б. Кешелева с соавт., 2001; А.А. Кубанова, О.К. Лосева 2000).

Таким образом, отличительной особенностью заболеваемости сифилисом и гонореей в Ошской области является не только их широкое распространение, но и то, что у больных сифилисом, наряду с основным возбудителем, в 34,0% выделяются другие ИППП (кандидоз, трихомониаз, гарднереллез и др.). Гонорея также (64,0%) протекает в форме микст-инфекции (гонорейно-трихомонадная, гонорейно-хламидийная, гонорейно-гарднереллезная, гонорейно-кандидозная). Возбудители трихомониаза и др. также часто встречались в ассоциации с другими инфекционными агентами. Поэтому в плане эпидемиологического надзора всех больных с ИППП необходимо обследовать в обязательном порядке на наличие других инфекций урогенетального тракта, передаваемых половым путем (хламидиоз, уреаплазмоз и др.). При выявлении сопутствующей ИППП одновременно проводится лечение всех выявленных форм. Несоблюдение этого правила является залогом неадекватной и несвоевременной терапии, на что в своих исследованиях обращали внимание З.Б. Кешелевой 1998; К.К. Борисенко, 1998; Ю.К. Скрипкин, В.И. Мордовец, 1999; А.И. Новиков с соавт., 2002.

Глава 5. Влияние социально-биологических факторов на распространённость инфекции, передаваемых половым путем.

Возрастные особенности. Анализ данных показал, что подавляющее число лиц (51,2%), больных сифилисом, имело возраст 20-29 лет. Удельный вес больных в последующих возрастных группах снижался: 30-39 лет - 30,1% , 40-49 лет - 11,5%, 50-59 лет - 0,2%, 60 лет и более - 0,1%. Возрастная структура больных гонореей схожа, с той разницей, что в группе больных сифилисом удельный вес лиц в возрасте 20-29 лет несколько выше - 60,0%. Кривая заболеваемости гонореей и сифилисом по возрастным группам практически однозначная (рис. 4). При этом соотношение больных сифилисом и гонореей один к одному.

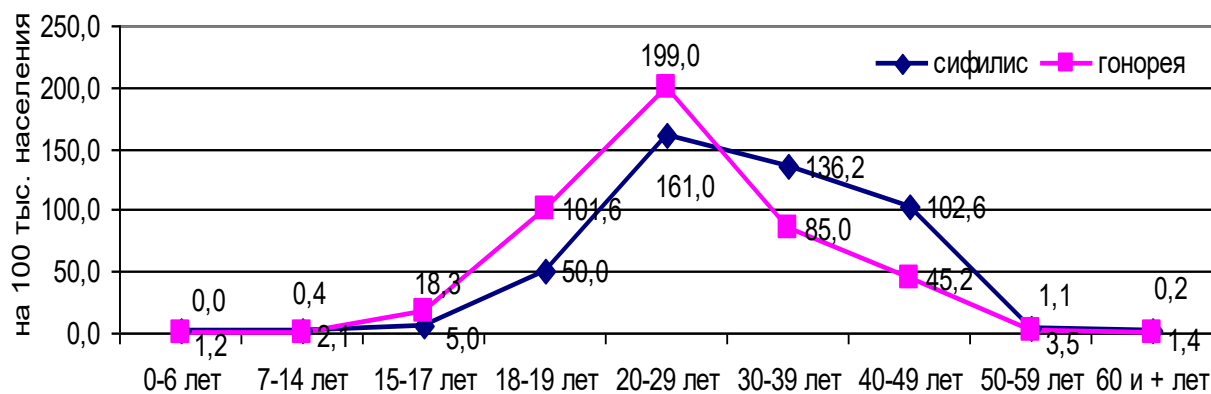


Рис. 4. Заболеваемости сифилисом и гонореей мужского населения по возрастным группам

В группе женского населения пик заболеваемости сифилисом приходился на возраст 20-29 лет, тогда как заболеваемость гонореей на возраст 30-39 лет. В возрастных группах от 15 до 39 лет число заболевших гонореей превосходит число заболевших сифилисом в 5-8 раз (рис.5). Из этого следует, что в группе больных сифилисом и гонореей соотношение мужчин и женщин определяется возрастной структурой.

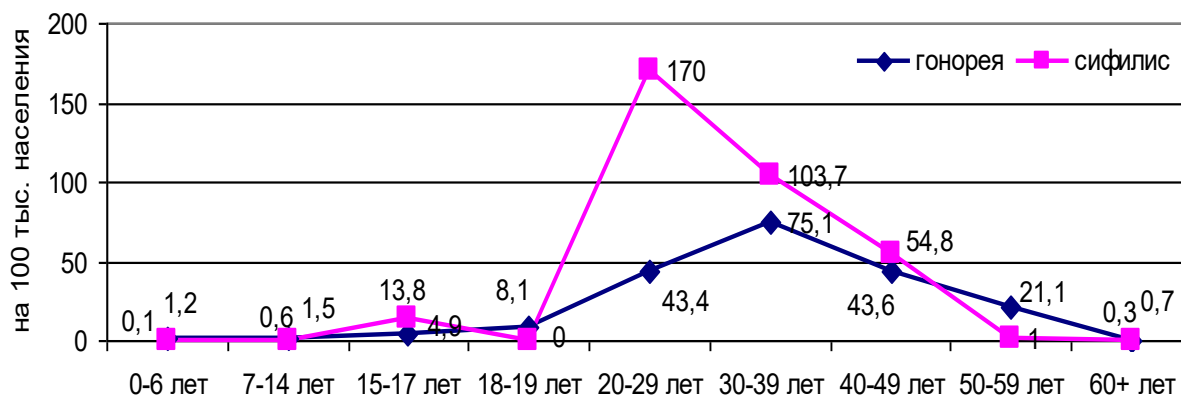


Рис. 5. Заболеваемости сифилисом и гонореей женского населения по возрастным группам

Заболеваемость в возрасте от 0-6 лет. Из общего количества выявленных ИППП, 246 больных сифилисом и 36 больных гонореей составили дети в возрасте от 0 до 6 лет. За период с 2002 по 2006 гг. заболеваемость сифилисом в данной возрастной группе увеличилась в 1,5 раза. В группе новорожденных (от 0 до 28 дней) гонорея не зарегистрирована.

Заболеваемость в возрасте от 7 до 14 лет. Из общего числа больных сифилисом по Ошской области, возрастная группа 7 до 14 лет составила 0,8%, а в республике в целом - 1,3%. Заболеваемость сифилисом среди детей данного возраста в динамике растет (рис. 6).

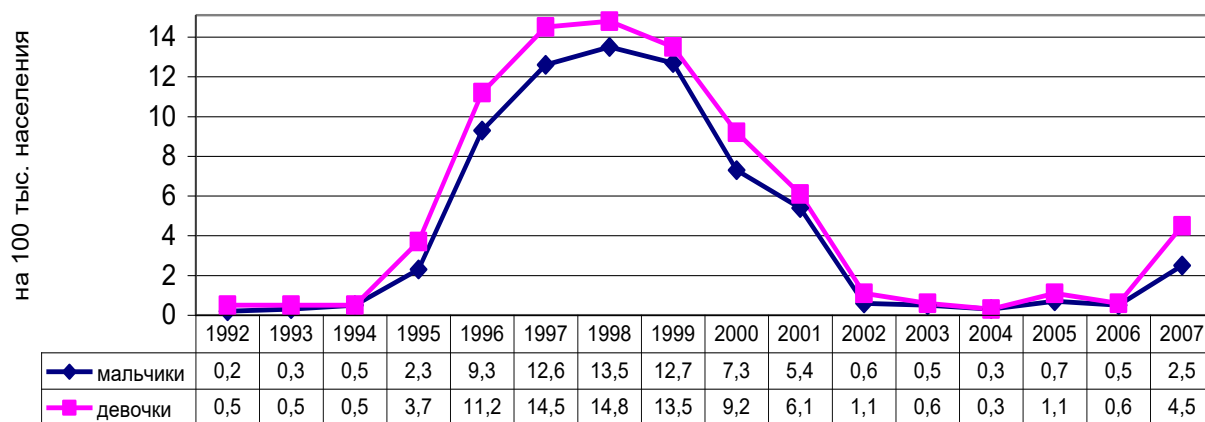


Рис. 6. Соотношение заболеваемости сифилисом мальчиков и девочек в динамике

Самый высокий уровень заболеваемости отмечен в 1998 г. (14,1 на 100 тыс. детского населения). С 2002 по 2006 г. заболеваемость сифилисом начала плавно снижаться (соответственно 0,6 - 1,1 на 100 тыс. детского населения), а в 2007 г. вновь произошел подъем заболеваемости сифилисом, особенно среди девочек.

Среди детей в возрасте от 7 до 14 лет чаще болеют девочки, что подтверждается показателями заболеваемости на 100 тыс. населения данного возраста. Средний уровень заболеваемости сифилисом в группе мальчиков составляет 2,2, девочек - 2,9 на 100 тыс. населения.

Основной причиной повышения заболеваемости сифилисом послужил возросший интерес детей к сексу, который наиболее отчетливо проявился в 1995 – 1999 гг. В 1997 году было зарегистрировано 123 случая сифилиса среди детей в возрасте от 7 до 14 лет.

Заболеваемость среди подростков. Медицинское освидетельствование показало, что в структуре гинекологических заболеваний девушек в возрасте 15-19 лет первое место занимают воспалительные заболевания

(вульвовагиниты) – 66,5%, далее следуют: альгоменорея – 17,3%, ювенильные кровотечения – 15,4%, аменорея после 16 лет – 0,8%. Этиологическая расшифровка воспалительных заболеваний показала, что наибольший удельный вес составляют вульвовагиниты бактериального происхождения - 41,3%, далее следуют грибковые (15,4%) и трихомонадные вульвовагиниты (9,8%).

Молодые девушки и девочки-подростки крайне редко пользовались услугами гинекологов, несмотря на высокий уровень воспалительных заболеваний репродуктивных органов.

По данным официальной статистики, среди девушек в возрасте 15-19 лет чаще регистрировался гарднереллез (31,8%), второе место занимал - трихомониаз (23,9%), на третьем - урогенитальный кандидоз (20,3%), хламидиоз (8,4%), сифилис (7,8%), урогенитальный герпес (3,0%) и на последнем месте - гонорея (2,8%) и уреаплазмоз (2,1%) (табл. 5).

Таблица 5

Показатели заболеваемости ИППП подростков в возрастной группе 15-19 лет

Наименование ИППП	Число наблюдений	Удельный вес от общего числа ИППП	Структура ИППП по полу		
			оба пола	муж.	жен.
Сифилис	2227	8,0	10,0	14,2	7,8
Гонорея	1228	9,4	4,7	8,4	2,8
Трихомониаз	5425	10,5	18,6	8,7	23,9
Хламидиоз	1853	9,8	6,8	3,8	8,4
Гарднереллез	7197	10,6	24,3	10,3	31,8
Уреаплазмоз	772	9,0	3,1	5,0	2,1
Кандидоз	8479	11,2	27,3	40,3	20,3
Герпес	1185	8,2	5,2	9,3	3,0
Всего	28366	10,2	28366	10718	17648

Подростки мужского пола болели сифилисом в 1,8 раза чаще, чем сверстницы женского пола, а гонореей в три раза. Юноши чаще, чем девушки, обращались по поводу уреаплазмоза (в 2,4 раза), кандидоза (в 2 раза) и герпеса (3,1 раза). В свою очередь девочки и девушки чаще обращались по поводу трихомониаза (2,8 раза), хламидиоза (2,2 раза) и гарднереллеза (3,1 раза).

Анкетирование среди 15-17-летних школьников выявило, что 32% юношей и 25% девушек ежедневно курят; 69% и 71% соответственно

пробовали и изредка употребляли спиртные напитки; 9% и 15% пробовали наркотики или токсические вещества. Как правило, это заканчивалось для девушек первым сексом. В последнее время девушки стали относиться к сексу более сдержанно. В результате заболеваемость сифилисом сократилась более чем в 9 раз и составила 7,2 на 100 тыс. населения данного возраста, тогда как заболеваемость гонореей за этот же период сократилось в 1,5 раза, с 24,06 на 100 тыс. населения (1997 г.) до 15,8 случаев на 100 тыс. населения в 2006 г.

Характеристика ИППП в возрастной группе 20-49 лет. По поводу заболеваний женских половых органов в среднем ежегодно обращалось 58,4 тыс. женщин фертильного возраста, из них 29,6 тыс. (50,7%) с диагнозом установленным впервые. Как видно из таблицы 6, в структуре болезней репродуктивных органов первое место занимали заболевания воспалительного характера (40,6%), из них, 42,4% - воспаления придатков матки. Другой часто встречающейся патологией были эрозии и эктропион шейки матки, распространенность которых составила 21,3 на 1000 женщин фертильного возраста. Из числа пациентов, обратившихся к врачам акушер-гинекологами, сифилис диагностирован у 6 (0,01%), гонорея - у 53 (0,09%) и ИППП «нового поколения» у 11417 (19,6%). Частота выявления новых форм ИППП отражена в таблице 6, из которой видно, что у 38,3% женщин этиологическим фактором воспалительного заболевания женских половых органов (ЖПО) являются ИППП «нового поколения».

По материалам южного территориального кожно-венерологического диспансера Ошской области, из числа обследуемых женщин - 3,1% болели гонореей, 4,2% - трихомониазом и 51,6% - гарднереллезом. При этом отмечается четкая тенденция к увеличению уровня инфицированности гонореей. Так, в 2003 г. заболеваемость гонореей среди женщин фертильного возраста составляла 1,5%, а в 2005 г. - уже 5,4%, тогда как заболеваемость гарднереллезом снижалась (табл. 7).

Женщины старше 20 лет довольно часто обращаются в медицинские учреждения по поводу воспалительных заболеваний половой системы, у значительной части которых выявляются ИППП. Следовательно, все гинекологические больные должны в обязательном порядке обследоваться на все ИППП.

Таким образом, полученные данные свидетельствуют, что на распространенность ИППП влияет возрастная структура населения. Основным резервуаром ИППП являются лица в возрасте 20-25 лет, так как для людей этого возраста присуща наиболее высокая сексуальная активность. В период роста заболеваемости сифилисом в эпидемический процесс вовлекались дети в возрасте 7-14 лет и подростки 15-17 лет. Наиболее активно омоложение за-

болеваемости сифилисом происходило с 1994 по 1997 гг. С 1997 г. омоложение сифилитического процесса пошло на убыль и к 2003 г. больных сифили-

Таблица 6

Уровень и структура болезней половых органов в группе женщин фертильного возраста в суммарных числах (2000-2001 гг.)

Название болезни	Всего зарегистрировано больных			Из них выявлены ИППП				
	числ. больных	структура (в%)	забол. на 1000 ЖФВ	сифилис	гонорея		ИППП «нового поколения»	
					п	%	п	%
Воспалительные заболевания ЖПО	23697	40,6	78,6	2	28,6	24	42,1	9076
В. т.ч. сальпингит, оофорит	10054	17,2	33,3	1	14,3	8	13,7	1528
Эндометриоз	466	0,8	1,5	1	14,3	0	0	2
Эрозия и эктропион шейки матки.	6419	11,0	21,3	3	42,0	9	15,8	757
Расстройства менструального цикла	3258	5,6	10,8	0		5	8,8	205
Нарушения в менопаузе	1044	1,8	3,5	0		1	1,7	20
Женское бесплодие	4731	8,1	15,7	0		7	12,3	468
Др. заболевания ЖПО	7352	12,6	24,4	0		3	4,9	853
Всего	57021	100,0	193,5	7	0,012	57	0,1	12909

Таблица 7

Заболеваемость ИППП «нового поколения» женщин фертильного возраста (15-49 лет) в динамике (на 100 тыс. населения)

Годы	Число обследованных	В% к числу обследованных			
		гонорея	трихомониаз	хламидиоз	гарднереллез
2003	3700	1,5±0,2	4,6±0,3	0,4±0,1	97,6±0,2
2004	2900	2,4±0,3	2,4±0,3	0,3±0,1	53,1±0,9
2005	3250	5,4±0,4	5,4±0,4	0,5±0,2	51,6±0,9
Всего	9850	3,1	4,2	0,4	51,6

сом в возрасте 7-14 лет не стало. Фаза затухания эпидемического процесса характеризовалась увеличением заболеваемости среди детей в возрасте от 0 до 6 лет и лиц старше 50 лет.

Гендерные аспекты распространения ИППП. За период с 2001 по 2007 гг. в Ошской области было взято на учет 2253 больных сифилисом, из них мужчин - 1177 (52,2%) и женщин - 1076 (47,8%). В группе больных гонореей (4036 пациентов) удельный вес мужчин еще выше – 72,2%, а женщин ниже -27,8%. Мужчины преобладают над женщинами на протяжении последних 7 лет, и только в 2007 г. появилась тенденция более высокого удельного веса женщин (рис.7).

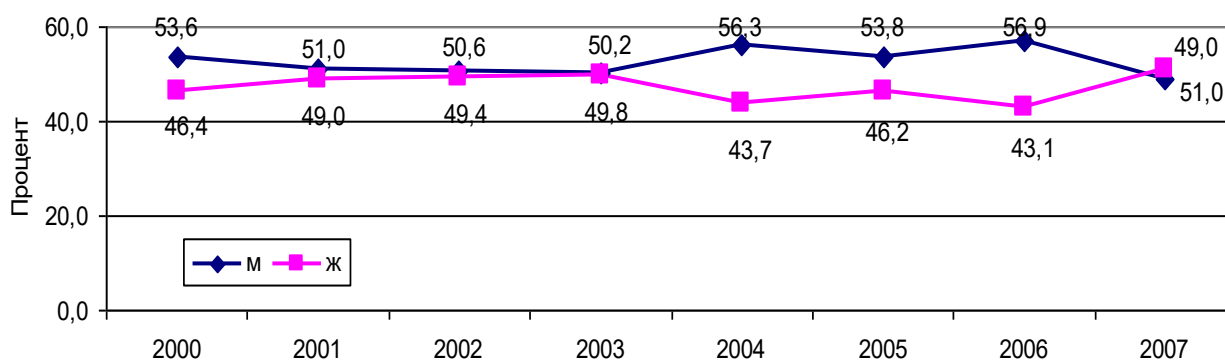


Рис. 7. Соотношение показателей заболеваемости сифилисом среди мужчин и женщин в динамике

В группе больных гонореей также преобладали мужчины, но различия более выражены. На 100 больных гонореей мужчин приходилось 27 женщин. Однако в отдельные годы (2004-2005 гг.) наблюдался перевес в сторону больных женского пола (рис.8). Более высокий уровень заболеваемости сифилисом и гонореей в группе мужчин принято связывать с тем, что они чаще выезжают на заработки на длительное время и соответственно чаще вступают в беспорядочные половые контакты без использования презерватива.

Добрачные половые связи. По данным социологического опроса из 236 женщин, 149 (63,2%) имели добрачную половую связь; уклонились от ответа - 12 (5,1%) и не имели - 75 (31,6%). Несмотря на традиционный

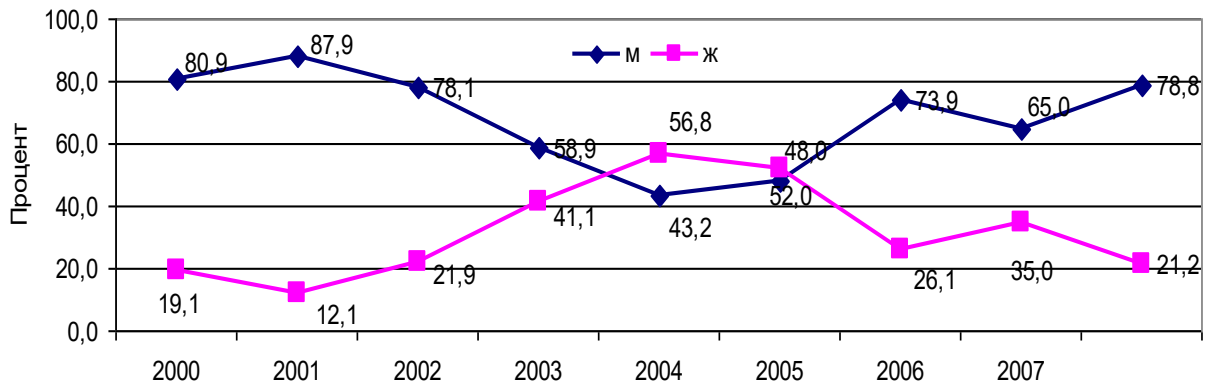


Рис. 8. Соотношение показателей заболеваемости гонореей мужчин и женщин в динамике

запрет, 28,2% опрошенных девушек имели половую связь в 7-14 лет, 32,4% - в 15-17 лет, 31,5% - в 18-19 лет. Таким образом, к 20 годам 92,1% девушек утратили девственность, из них 28,2% - в возрасте до 15 лет.

Другой особенностью является то, что первый добрачный половой контакт девушка совершает с мужчинами старше их по возрасту. Из 42 женщин 15-19 лет первый добрачный секс только двое имели секс с ровесниками; у 40 опрошенных девушек, партнеры были старше, в возрасте от 20-54 лет.

Из 86 респондентов, у 48,8% первый секс носил насильственный характер, 30,2% обращались к гинекологу по поводу беременности или заболеваний мочеполовой системы.

У 44 (51,2%) девушек первый секс прошел по взаимному согласию, но не завершился браком, из-за семейного статуса партнера. Только 18,6% опрошенных при первом сексе пользовались презервативами. Таким образом, половые связи до брака довольно распространены, при этом первый секс, как правило, не защищен. Молодые женщины тяготеют к партнерам, которые старше их, имеют богатый сексуальный опыт и не хотят использовать презерватив.

Брачные отношения и ИППП. По данным последней переписи населения (1999 г.) в Ошской области в возрасте 15 лет и старше состояло в браке 64,9% населения, никогда не состояли - 31,3%, довольно значительную прослойку составляли вдовы и разведенные - 3,8%. В группе больных распределение заболеваний было иным. Так, удельный вес вдов и разведенных в популяции больных в 4,2 раза выше (18,6%), тогда как удельный вес лиц, не состоящих в браке, в группе больных ниже (17,7%). Такое распределение указывает на неоднозначность распространения ИППП по социальным группам, что подтверждается интенсивными показателями (табл. 8).

Самый высокий коэффициент заболеваемости отмечен в группе «вдов и разведенных» - 461,9‰. Самый низкий уровень среди лиц, не состоящих в браке - 52,9‰. В группе лиц, состоящих в браке, заболеваемость сифилисом и гонореей в 1,7 выше (92,0 на 100 тыс.), чем среди лиц, не состоящих в браке. При этом коэффициент заболеваемости в группе «незарегистрированных в браке» (99,8‰), существенно не отличается от такового в группе зарегистрированных (91,6‰).

Поведение семейных пар. Социологическим опросом охвачено 264 семейные пары. Из этого числа отмечены случайные половые связи у 117 (44,3%) семей (табл. 9). Причем мужья имеют случайные половые связи достоверно чаще (44,3%), чем жены (28,0%). Отрицали случайные поло-

Таблица 8

Распространенность гонореи и сифилиса у состоящих в браке

Группа наблюдения	Удельный вес (в%)				Заболеваемость на 100 тыс. населения соответствующей группы		
	попу-ляция	груп-па набл-юде-ния	в том чис-ле		груп-па набл-юде-ния	в том числе	
			сифи-лис	гоно-рея		сифи-лис	гоно-рея
В браке не состоят	31,3	17,7	11,3	33,4	52,9	24,1	28,8
В браке состоят	64,9	63,7	66,1	57,9	92,0	67,9	24,1
Из них: зарегистри-рованы	62,1	61,7	62,1	53,7	91,6	66,6	23,4
не зарегистрированы	2,8	2,0	4,0	4,2	99,8	95,6	40,3
вдовы, разведенные	3,8	18,6	22,6	8,7	461,9	399,3	62,6
всего (абс. число)	339159	1588	1130	458	93,6	66,6	27,0

Таблица 9

Случайные связи среди семейных пар

Наличие случайной половой связи	Всего		В том числе			
	число	%	жен.		муж.	
			число	%	число	%
Не имели	141	53,4	183	69,2	141	53,4
Имели	117	44,3	74	28	117	44,3

Без ответа	6	2,3	7	2,8	6	2,3
Всего наблюдений	264	100,0	264	100	264	100

вые контакты 141 (53,4%) семей, но проблемы с ИППП были у 6 (4,2%), тогда как в неблагополучных семьях у 43 (36,8%). Из числа лиц, имевших случайные связи, использовали презервативы жены в 14,9%, мужа - 6,6%. Таким образом, чуть ли не половина семейных пар в результате неразумного сексуального поведения одного из членов семьи подвержена риску заражения ИППП.

Итак, основным резервуаром ИППП являются лица, имеющие беспорядочные половые связи. Их число по данным социологического опроса колеблется в пределах 0,1%. Мужчины и женщины в качестве причины провоцирующей случайную половую называют алкогольное опьянение.

Распространенность ИППП по экономически активным группам населения (табл. 10). В структуре экономически активного населения доминируют занятые (63,4%) и небольшую долю составляют безработные (4,4%), однако, удельный вес больных ИППП в группе безработных в 4 раза выше (56,2%).

Таблица 10

Заболеваемость сифилисом и гонореей среди экономически занятого населения

Показатели занятости	Структура		
	Популяция (%)	Больные сифилисом и гонореей	
		абс. число	%
Экономически активное население (всего)	67,8	822	69,5
В т. ч. занятые	63,4	157	13,3
Безработные	4,4	665	56,2
Экономически неактивное население (всего)	32,2	338	28,6
В.т.ч. студенты, учащиеся	4,2	61	5,2
Пенсионеры	8,5	28	2,3
Лица, ведущие домашнее хозяйство	19,5	249	21,1
Дети	34,5	23	1,9
Всего	100	1183	100

В структуре экономически неактивного населения доминируют лица, ведущие домашнее хозяйство (19,5%), они же наиболее подвержены ИППП (21,1%). Данная группа больных в числе экономически неактивного населения самая многочисленная (249 человек, или 73,7%). Достаточно высокий уровень ИППП (5,2%) отмечен среди студентов и учащихся (5,2%).

Распространенность ИППП по отраслям. В профессиональной структуре больных сифилисом и гонореей первое место занимают сельхозработчие. Их доля составляет 22,9%. Затем следуют строители (19,7%), работники просвещения и культура (12,1%), транспорта (11,5%), силовых структур и частные предприниматели (10,2%).

Образование. На частоту ИППП влияет образовательный статус. Так, в группе женщин, имеющих начальное образование, число больных ИППП составляет 3,3%, тогда как женщин с высшим образованием - 32,3%.

Сексуальные работники. В г. Ош известно около 8 мест скопления секс-работников (СР), в основном это уличные скопления. По оценке НПО «Подруга» общее количество работников секса в 2006 г. составило 1,2 - 1,5 тыс. молодых женщин со средним возрастом 25 лет. Женщины из ближайших сел, которые приезжали на ночной заработок, не имея прописки, составили 53%. Из числа СР, состояли в браке 75%, имеют детей 72%. Уровень заболеваемости ИППП в популяции СР очень высокий: в 1999 г. - 75,5; 2000 г. - 82,7; 2001 г. - 82,9; 2002 г. - 80,2%. Практически 8 и 10 СР страдали каким-либо заболеванием, относящимся к ИППП. В структуре СР первое место занимает место бактериальный вагиноз (36,5%), второе место сифилис (12,5%), далее кандидоз (9,5%), хламидиоз (7,7%), гонорея (6,3%) и трихомоноз (5,3%).

В 1999 г. среди секс-работников (СР), вставших на учет, сифилис был выявлен у 16,7%, в 2001 г. - 32,2%, в последующие годы заболеваемость стала снижаться как среди обследованных впервые, так и среди повторно обследованных (табл. 11). Снижение заболеваемости сифилисом при повторном обследовании обусловлено не тем, что они обучены методам профилактики, а тем, что снижалась заболеваемость сифилисом в общей популяции населения, следовательно, они реже имеют контакт с носителями сифилиса.

Таблица 11

Заболеваемость сифилисом среди сексуальных работников

Годы наблю-	Первичное обследование		Повторное обследование	
	обследо-	выявлено больных	обследо-	выявлено больных

дния	вано	абс.число	%	вано	абс.число	%
1999	102	17	16,7	57	11	19,3
2000	92	24	26,1	67	7	10,4
2001	87	28	32,2	68	6	8,8
2002	82	25	30,5	82	6	7,3
2003	67	17	25,4	76	5	6,6
2004	80	13	16,3	78	5	6,4
2005	68	10	14,7	66	4	6,1
2006	56	4	7,1	45	2	4,4

Отсутствие работы толкает многих женщин в сферу коммерческого секса, где риск заражения ИППП для них очень высок.

Причина процветания секс-бизнеса кроется в гендерном неравенстве, социально-экономических трудностях, правовой незащищенности. По данным международной организации миграции, в 1999 году для целей сексуальной эксплуатации из Кыргызстана было вывезено не менее 4000 женщин (ИОМ, Research on trafficking in Migrants Regis on Republics, Bishkek, 2000). В г. Ош сексуальные услуги носят неорганизованный характер.

В Ошской области проживает 331,5 тыс. человек. В социально-биологическом плане, это большая неоднородная популяция. Социальный портрет венерологического больного меняется по мере изменения социально-экономических условий. Так, в 1991-1997 годы в структуре больных ИППП преобладали безработные, челночники, внутренние мигранты, то в последние годы доминируют лица трудоустроенные, имеющие относительно высокий заработок и постоянную прописку. Все-таки для когорты венерологических больных наиболее характерны такие социально-биологические характеристики, как высшее образование (50,7%), возраст от 20 до 30 лет, отсутствие постоянного полового партнера (39%), ранняя половая потребность (23,6%), любители алкогольных ситуаций (76%).

Возрастные особенности заболеваемости сифилисом отчетливо отражают три закономерности. Первая сводится к тому, что в структуре больных сифилисом подавляющее число (51,2%) составляют лица в возрасте 20-29 лет. Вторая закономерность проявилась в том, что спад эпидемического процесса проявляется увеличением количества больных сифилисом в возрасте от 0 до 6 лет и лиц старше 50 лет. Заметим, что половые связи, начатые в раннем возрасте (подростковом), носят полигамный характер, в отличие от сексуального поведения взрослых, склонных к моногамии.

Распространенность ИППП определяется социальной структурой женщин фертильного возраста, числом с семейным статусом женщин и мужчин репродуктивного возраста, числом вдов и разведенных. Наиболее высокий уровень больных ИППП отмечен в группе «вдов и разведенных». Хотя эта группа малочисленная (3,8%), однако каждый пятый является выходцем из группы «вдовы и разведенные».

В заключение отметим, что мероприятия по профилактике ИППП целесообразно проводить среди следующих контингентов: лиц, болевших ранее, незамужних женщин, сексуальных работников, внутренних мигрантов и больных ИППП.

Глава 6. Организационные аспекты надзора за ИППП в Ошской области. Венерологической службой в Ошской области взят курс на всемерное развитие центральной районной больницы как основного звена специализированной помощи. Аннулировано 34 сельских врачебных амбулатории, но возросло число фельдшерско-акушерских пунктов. В результате число кожно-венерологических диспансеров сократилось с 3 до 1.

Сократилось также число специализированных коек. Если в 2000 г. было 283 (2,4 на 10 тыс. населения) дермато-венерологических коек, то в 2006 г. - 185 (1,8 на 10 тыс. населения). Однако занятость койки от сокращения коечного фонда не увеличилась, напротив, сократилась с 316 до 282 дней, а среднее пребывание больного на койке с 22,4 (2000 г.) до 19,0 к/дней (2006 г.).

Наряду с этим, в Ошской области существенно сократилось и общее число врачей, в том числе и врачей-дерматовенерологов с 197 (2000 г.) до 37 (2007 г.), т.е в 5,3 раза. В результате число дерматовенерологов в расчете на 10 тыс. населения стало меньше (0,28 ‰), чем в целом по республике (2,2 ‰).

Наряду с государственными структурами с 2005 года в области функционируют частные анонимные кабинеты в г. Ош, частная клиника «Подруга» и частный кожвенкабинет для молодежи. Специалисты клиники «Подруга» оказывают клинико-диагностические услуги сексуальным работникам, не имея на это лицензии. Врач-лаборант этого учреждения не имеет сертификата на право диагностики ИППП. Такая же ситуация и с частным кожвенкабинетом для молодежи, который функционирует без лицензии и без сдачи официальной статистической отчетности по ИППП.

Учет и регистрация ИППП. В Ошской области из инфекций, передаваемых половым путем, подлежат обязательной регистрации сифилис, гонорея. Официальная регистрация прочих ИППП (хламидиоз, гарднереллез, трихомониаз, кандидоз, уреаплазмоз и генитальный герпес) стала обя-

зательной только с 2002 года. При заполнении учетно-отчетной документации диагноз венерического заболевания оформляется без учета МКБ - X, в частности, первичный сифилис не дифференцируется по локализации (сифилис половых органов, сифилис анальной области, других локализаций). Такая же картина прослеживалась и при регистрации гонореи, которую с 2003 г. не стали классифицировать на острую и хроническую.

До настоящего времени в нашей стране отсутствует общепринятая классификация мочеполового трихомониаза. Предлагалось использование классификации, аналогичной таковой при гонорее, но в статистических формах, это заболевание, по-прежнему, определено как «мочеполовой трихомониаз».

В целях выявления полноты учета больных ИППП нами проводилось сопоставление числа взятых на учет с данными по обращаемости (амбулаторные карты). В результате установлено, что в 2005 г. официальные данные по сифилису занижены на 12 больных, в 2006 г. - на 24 больных, в 2007г. - на 13 больных. В среднем недоучет больных сифилисом официальной статистикой составляет 6,2%. В 2006 году по области из 88 больных гонореей зарегистрировано только 59. Резко снизилась регистрация больных гонореей в г. Ош - с 159 до 136 случаев в 2007 г.

Состояние лабораторного надзора за ИППП. Во всех ЛПУ имеются клинические лаборатории, в которых проводятся бактериоскопические методы диагностики ИППП. В большинстве государственных лабораторий не проводится диагностика ИППП методами ИФА, ПЦР. Не проводится комбинированная провокация и трехкратное обследование мазков на гонорею.

Во всех лечебных учреждениях материал на хламидии забирается с техническими погрешностями. В частности, забирают выделения из уретры как при гонорее, а необходим соскоб эпителия уретры. Общепринятый метод окраски по Романовскому-Гимзе на предмет выявления хламидии дают результат только 15-20% больных.

Для лабораторной диагностики трихомониаза, как правило, проводятся исследования нативного препарата, хотя более надежным методом является окраска препарата по Грамму, что позволяет одновременно идентифицировать *T. vaginalis* и гонококки. Культуральное исследование практически не применяется, хотя является наиболее надежным.

Объемы культуральных исследований за период с 2003 - 2007 гг. представлены в таблице 12, из которой видно, что суммарный объем культуральных исследований в динамике снижается.

Объем культуральных исследований ИППП в 2003 – 2007 гг.

Годы	Общее кол-во	Целевая группа	Гонорея	Трихомоноз	Л-сплошь	Хламидии	Гарднереллез	Кандиды
2003	4003	3700	56	169	3724	14	3612	3200
2004	3083	2900	70	153	3000	8	1541	2850
2005	3348	3250	72	177	3100	18	1677	3000
2006	17028	15600	54	123	7500	-	5904	7200
2007	6052	5000	67	135	2200	2	1960	2100

Ряд ЦСМ не укомплектован квалифицированными лаборантами-цитологами, что не позволяет увеличить выявляемость ИППП и соответственно снижает результативность профилактических мероприятий.

Выявляемость ИППП лечебными учреждениями. Больные сифилисом в основном выявляются в ООКВД (62%) и относительно редко в ЦСМах (18,8%). В ЦСМ г. Ош не выявлено ни одного больного, отчеты даются по данным ООКВД.

Больные гонореей, напротив, преимущественно выявляются в ЦСМ (57,6%). Больные сифилисом в основном выявляются при самообращении в анонимный кабинет - 28,8%, при обследовании соматических больных - 27,8%, при обращении к акушер-гинекологам - 18,2% и при обследовании контактных лиц - 25,8%.

Из числа зарегистрированных больных сифилисом и гонореей стационарное лечение прошли 13,6% и амбулаторное лечение - 86,4%. Население сексуально активного возраста (15-29 лет) не осведомлено о государственных гарантиях. Больные ИППП отказываются от услуг государственных учреждений по той причине, что, по их мнению, сотрудники ЛПО не соблюдают анонимность при проведении диагностических и лечебных процедур.

В заключение отметим, что медицинские услуги лечебного характера имеют решающее значение в снижении распространенности ИППП, однако государственные лечебные учреждения далеко не всегда обеспечивают доступность, своевременность и качество проведенного лечения. Сегодня ИППП лечат все: дерматовенерологи, семейные врачи, урологи, акушер-гинекологи и др. специалисты. Расширяется сеть частных анонимных центров и кабинетов (с 8 пунктов в 1997 году до 19 пунктов в 2004 году).

Качество обследования и лечения ИППП. Из числа больных сифилисом, прошедших регистрацию, под контролем государственных учреждений здравоохранения закончили лечение 68,5% пациентов, в том числе ста-

ционарное - 13,6%. Лечение сифилиса проводилось в соответствии с действующими инструкциями. В 12,2% допущены отступления от клинических протоколов по набору антибиотиков. Пробы на чувствительность проводились в 76,7%. Установление излеченности на сифилис проведено у 67,1% больных, в том числе у 43,5% больных через 1-1,5 месяца после лечения и 23,6% больных через 6 месяцев после окончания лечения и диспансерного наблюдения. Остальным 32,9% больным установление излеченности проводилось, но не документировалось. Критерием излеченности служили отрицательные бактериологические, серологические и клинические данные (кожные покровы, слизистые оболочки, внутренние органы, нервная система, органы чувств) и рентгенологического обследования.

Таким образом, контроль за качеством диагностики и лечения больных сифилисом осуществляется только на уровне государственных учреждений, этим можно объяснить, что в последние годы участились случаи рецидивного сифилиса и нейросифилиса.

Качество обследования и лечения гонорей. Опрос 253 респондентов, из числа больных гонореей, показал, что 45,8% остались не удовлетворенными качеством обследования, а 33,6% качеством лечения. Пациентам не нравилось, что в процессе обследования им приходилось называть партнера (51,0%), платить за обследование (62,0%), продолжительное время обследования (72%), надуманное число лабораторных анализов (57,0%).

По мнению экспертов, обследование проведено с отступлениями от протокола в 64,0%, схем лечения - в 29,0% и установления критериев излеченности - в 81,8% случаев. При обследовании наиболее часто допускаются такие погрешности: не собирается половой анамнез, не описывается подробно местный статус, не проводится обследование на сопутствующие ИППП (72%), отсутствует бактериологическое подтверждение (76%), забор материала ограничивается уретрой и цервикальным каналом, в случае хронического воспалительного процесса не проводится провокация. При лечении больных гонореей допускаются отступления от количественного и качественного набора антибактериальных препаратов, зачастую лечение проводится до получения результатов обследования, не проводится лечение сопутствующих заболеваний (трихомониаз, хламидиоз и др). Между тем известно, что гонококки фагоцитируются трихомонадами и становятся малодоступными для противогонорейных препаратов. Столь же часто гонококки ассоциируются с хламидиями, уреаплазмами (Б.А.Теохаров, 1988).

Хроническая гонорея из общего числа обследованных мужчин была выявлена у 18,5%, женщин у 48,5%. На практике это означает, что значительное число больных обратилось за медицинской помощью не менее чем через 2 месяца после заражения.

Таким образом, основной причиной распространенности ИППП в Ошской области явилась недееспособность венерологической службы, из-за сокращения количества государственных специализированных учреждений, числа стационарных коек и недостатка в специалистах. Практически отсутствует контроль за деятельностью частных анонимных кабинетов.

Учет ИППП не соответствует классификации МКБ-Х пересмотра, что затрудняет проведение оценки эпидемиологической ситуации и ведение текущего надзора.

Для обеспечения высококвалифицированной доступной лабораторной диагностики гонореи, трихомониаза, хламидиоза целесообразно лабораторную диагностику сконцентрировать на базе бактериологических лабораторий кожно-венерологических диспансеров. Бактериологические исследования для подтверждения диагноза желательнее проводить не только во всех кожно-венерологических учреждениях, но и в базовых женских консультациях. Для решения этой проблемы непосредственно в акушерско-гинекологических и урологических учреждениях (кабинетах) устанавливаются термостаты, куда помещаются пробирки с посевами на гонококки буквально в первые минуты после взятия патологического материала. На следующий день пробирки с посевам направляются в лаборатории для исследований, а лабораторией передаются взамен новые пробирки с питательной средой и результаты ранее выполненных исследований.

Несмотря на то, что в ряде клинических лабораторий для дифференциальной диагностики ИППП используются РПГА, РИФ, ИФА, в целом в Ошской области уровень лабораторной диагностики ИППП низкий, что обусловлено организационными, техническими и профессиональными недочетами и не позволяет в должной мере осуществлять раннее выявление и качественное лечение ИППП.

Выявление ИППП в ЦСМ ведется недостаточно активно. Причинами этого являются неполный охват лиц, нуждающихся в обследовании на ИППП, отступления от технологий обследования, недостаточность или полное отсутствие противоэпидемических мероприятий по отношению к больным с подозрением на ИППП. Установлены случаи, когда акушер-гинекологи назначали больным со свежей, неторпидно протекающей гонореей симптоматическое лечение, не проводя обследование на наличие инфекции.

Глава 7. Оценка социально-экономического ущерба населению, наносимого ИППП. Из 296 семейных пар, перенесших гонорею, 26 (8,8%) распались, это в 2 раза чаще, чем в контрольной группе (3,2%). У каждой шестой женщины (15,5%) произошел самопроизвольный аборт, ко-

торый в контрольной группе наблюдался в 4 раза реже. Аборты происходили в основном на 2-4 году после перенесенного заболевания. Аднексит (воспаления придатков матки) отмечен у 102 (34,5%) и в контрольной группе - 5,6%.

Чем меньше был срок беременности, тем чаще происходило самопроизвольное прерывание беременности. Удельный вес самопроизвольных аборт в сроке до 12 недель составил 56,3%, 13-22 недели - 43,7%. Между частотой самопроизвольных абортов и заболеваемостью гонореей по районам Ошской области прослеживается прямая корреляционная связь средней силы (коэффициент Пирсона +0,55).

Из 1050 мужчин, перенесших в прошлом венерические заболевания, 179 (17,0%) оказались бесплодными. Наибольшая вероятность повреждения репродуктивных органов у мужчин наблюдалась при гарднереллезе (35,9 на 100 больных). В общем числе бесплодных мужчин они занимали первое место (25,7%). Второе место по частоте поражения занимает гонорея. Из 180 больных, перенесших в прошлом гонорею, бесплодными оказались 42 пациента (23,3%). На третьем месте - (12,8%) по значимости стоит трихомониаз. При данной инфекции распространенность бесплодия составляет 9,3 на 100 больных. Особенно неблагоприятные воздействия на репродуктивные органы прослеживались при сочетании гонореи с гарднереллезом. В случаях микст-инфекций частота поражения репродуктивных органов составляло 44,9 на 100 обследованных. Из 179 бесплодных мужчин первая степень бесплодия (относительное) отмечена у 59,2%, вторая - у 26,1% и третья (абсолютное) - у 14,8%. Если учесть, что третья степень относительного бесплодия излечению не поддается, то 1/3 пациентов, перенесших вензаболевания, остаются бесплодными.

Женское бесплодие. В группе женщин фертильного возраста, обратившихся за медицинской помощью по поводу бесплодия (сплошная выборка), ИППП выявлялись чаще (45,4%), чем в контрольной группе. Наиболее часто обнаруживаются гарднереллез (28,6%), трихомониаз (13,4%) и гонорея (3,5%). Из этих данных следует, что урогенитальные инфекции являются одними из частых заболеваний женщин фертильного возраста, на что в своих исследованиях обращали внимание и другие исследователи М.В. Яцуха с соавт., 1999; А.В. Шумов, 2001; М.К. Сапарбеков, 2006.

Таким образом, проведенные исследования показали, что повреждения репродуктивных органов у мужчин и женщин преимущественно наблюдалось среди лиц, перенесших венерическое заболевание более трех лет назад. Из этого следует, что при ликвидации инфекционного начала, развитие осложнений со стороны репродуктивных органов не прекращает-

ся. Это принято связывать с лейкоцитарным фактором (LP) – продуктом распада незавершенного фагоцитоза, обладающего свойствами эндотоксина (М.И. Ухаль, 1998).

С этих позиций становится понятным, почему гонорея пошла на убыль, а количество мужского бесплодия увеличилось, особенно это произошло в Кара-Суйском районе и в г. Ош - в этих регионах был зарегистрирован наиболее высокий уровень заболеваемости гонореей.

Уязвимость мужчин в сфере репродуктивного здоровья достаточно высокая, однако услуги по охране мужского здоровья слабо развиты, менее доброжелательные и не всегда доступны, особенно в сельской местности. Поэтому мероприятия по охране репродуктивного здоровья мужчин должны учитывать местную специфику и менталитет.

Младенческая смертность. В структуре причин перинатальной смертности удельный вес инфекционных болезней высок, но в динамике видно снижение - от 13,9% в 2000 г. до 6,8% в 2007 г. За период с 2001 по 2007 гг. в Ошской области было зарегистрировано 38 случаев врожденного сифилиса, из них два смертельные. Эти данные указывают на низкий уровень организации профилактики сифилиса и других венерических заболеваний.

Нам не удалось проследить прямое влияние ИППП на младенческую смертность, однако корреляционная связь между этими явлениями существует. В Ошской области корреляционная связь младенческой смертности с сифилисом средней силы ($r = +0,46$), с гарднереллезом - средней силы - ($r = +0,58$), трихомониазом - средней силы ($r = +0,43$), с кандидозом - слабая ($r = +0,18$) и с гонореей практически отсутствует ($r = +0,06$).

Показатели потенциальной демографии. Из числа лиц, заболевших гонореей, имели право на компенсацию по временной утрате трудоспособности (ВУТ) - 51,5%, оформили больничный лист - 91,7%. Средняя длительность ВУТ одного больного в случае гонореи нижних отделов составляла 11 дней, верхних отделов - 27,2 дня. В целом по причине гонореи потеряно 21,6 рабочих лет, в результате потеря ВВП составила 676,5 тыс. сом, из них больными с гонореей верхнего отдела 215,8 тыс. сом. Из этих данных следует, что расходы из государственного бюджета могут быть существенно сокращены за счет более ранней диагностики и методов эффективного лечения свежей (неосложненной) гонореи. На продолжительность жизни гонорея не влияет, однако осложняет качество жизни (бесплодие, невынашивание беременности и др.).

Лица, больные сифилисом, отказывались от оформления больничного листа (БЛ) в 87,9% случаев. Длительность ВУТ определялась клинической формой сифилиса - от 3,3 до 63,1 дня. Потеря трудовых лет от сифилиса составляет 7,8 лет, а экономический ущерб - 241,8 тыс. сом. Наряду с

этим сифилис влиял и на продолжительность жизни, которая за счет гибели 6 больных сократилась на 440 человеко-лет. Как правило, умирали больные с врожденным и третичным сифилисом.

ВУТ больных трихомониазом составила 9120 дней или 32,1 рабочих лет. ВУТ одного больного составила 19,2 дня, хламидиозом - 14,7, гарднереллезом - 12,7, урогенитальным кандидозом - 10,2 дня. В общей сложности за счет новых ИППП потеряно 64,5 рабочих - лет и 133 года потерянных лет жизни. Экономический ущерб за счет потери рабочих лет составил 1999,5 тыс. сом, а за счет потерянных лет жизни в связи с заболеванием - 4123 тыс. сом. Наибольшие потери обусловлены ВУТ по поводу бесплодия (304,6 рабочих лет). Экономический ущерб составил 9442,6 тыс. сом.

Таким образом, проведенные нами исследования показали, что в Ошской области ВУТ одного больного составила в среднем 19,9 дня, в общей сложности за счет ИППП ежегодно теряется 4120,1 тыс. сомов ВВП, продолжительность жизни общества за счет преждевременной смерти от ИППП сократились на 191 человеко-год.

Глава 8. Эффективность службы эпидемиологического надзора и пути оптимизации профилактики ИППП. Для интеграции профилактических мероприятий по ИППП необходимо на примере Ошской области создать «Отделение первичной профилактики» при областном центре дерматовенерологии. Важными элементами данной интегрированной системы профилактики на уровне области должны стать: эпидемиологический надзор за ИППП, мероприятия по активному выявлению больных ИППП, их лечению и профилактика. В рамках эпидемиологического надзора за ИППП при государственных административных органах области необходимо создать координационный совет, возглавляемый руководителем области, который бы отвечал за реализацию социальных программ, где должны определяться задачи и функции, а также анализ информации каждой из участвующих служб (дерматовенерологической, службы профилактики и борьбы со СПИД, центров укрепления здоровья, госанэпиднадзора, органов социальной защиты, государственной статистики и других), сроки обработки полученных сведений и взаимное информирование. Учитывая определяющее влияние социальных факторов на эпидемический процесс ИППП, система эпидемиологического надзора должна носить характер мониторинга, основной целью которого должна быть своевременная коррекция проводимых профилактических мероприятий.

ВЫВОДЫ

1. На территории Ошской области в период с 1991 по 2007 годы произошел значительный рост инфекций, передающихся половым путем, что

характерно для ситуации в целом по Кыргызской Республике. Пик заболеваемости приходился на 1997-1998 гг. К этому времени заболеваемость сифилисом увеличилась в 84 раза и составила 167,8 случая на 100 тыс. населения, заболеваемость гонореей увеличилась в 2,7 раза и составила 86,6 случая на 100 тыс. С 1998 года наблюдаются тенденции плавного снижения заболеваемости сифилисом и гонореей. ИППП «нового поколения» имели волнообразный характер распространения, инфекции, как гарднереллиоз, хламидиоз, кандидоз и герпес, дают рост, особенно среди лиц в возрасте 20-25 лет. Заболеваемость гарднереллиозом в 2001 г. составила 14,6‰, а в 2007 г. - уже 59,9‰.

2. Основным резервуаром ИППП являются лица в возрасте 20-25 лет с высокой сексуальной активностью. В период эпидемической вспышки отмечена заболеваемость среди детей в возрасте 7-14 лет и подростков 15-17 лет. Наиболее заметное омоложение заболеваемости сифилисом отмечается в период с 1994 по 1997 гг. С 1997 г. данный процесс идет на убыль, и к 2003 г. больных сифилисом детей в возрасте 7-14 лет не зарегистрировано, но увеличилось число детей в возрасте от 0 до 6 лет и лиц старше 50 лет, как результат запоздалой диагностики и неадекватного лечения.

3. Эпидемия сифилиса и гонореи представляет собой автоволновый процесс самоликвидации, в котором прослеживаются три периода: расцвет эпидемии, персистирование возбудителя в популяции и латентный период (фаза покоя). Период расцвета заболеваемости сифилисом в Кыргызстане был относительно коротким, в пределах 5-6 лет. За этот период число больных по стране увеличилось в 83 раза, в Ошской области - 106 раз и Чуйской области - в 253 раза. Период спада заболеваемости сифилисом имеет затяжной характер. За 10-летний срок заболеваемость сифилисом сократилась в 4,6 раза, но наиболее заметное снижение произошло в Ошской (12,7 раза), Таласской (7,7 раза) и Чуйской (7,7 раза) областях. Отсюда, мероприятия по снижению сифилиса должны проводиться с учетом факторов автоволнового процесса.

4. Для Ошской области характерно неравномерное распространение ИППП. Основными неблагополучными территориями по заболеваемости сифилисом являются Кара-Суйский (19,9‰), Алайский (17,2‰), Узгенский (16,3‰) районы. Из общего числа зарегистрированных больных гонореей в г. Ош проживает каждый третий, а из числа больных сифилисом - более половины (51,5%). Показатель заболеваемости сифилисом (65,9‰) в г. Ош превышает областной в 2,7 раза. Установлен высокий уровень выявления «новых» ИППП (урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, микоплазмозы и т.д.), не регистрировавшихся ранее. Высокий процент об-

наружения у населения Ошской области микст-инфекций (34,0 до 64% от всех ИППП) затрудняет диагностику и адекватность проводимого лечения.

5. Уровень и распространенность ИППП в Ошской области определяются социальными факторами: характер производственной занятости, безработица, бедность, возраст, внутренняя миграция, численность городского населения, степень пристрастия населения к алкоголю. Из гендерных проблем заслуживают внимания добрачные половые связи, высокий процент незарегистрированных браков и разводов, социальное поведение семейных пар, и др.

6. Социальный портрет больного ИППП: преобладают лица в возрасте 20-29 лет (51,8 - 57,6%) женского пола (72,7%) с высшим образованием (50,7%), не имеющие постоянного полового партнера (39%), имеющих раннюю половую потребность (23,6%), вступавшие в половые связи в алкогольном опьянении (76%).

7. В Ошской области, где проживает 1316059 человек, недостаточно оказываются услуги специализированной венерологической помощи на различных уровнях лечебно-профилактических организаций (ГСВ, ЦСМ и т.д.), в которых укомплектованность дерматовенерологами составляет 0,12 при нормативном показателе 0,25 на 10 000 населения. Практически отсутствует контроль за деятельностью частных анонимных кабинетов. Диагностика ИППП в государственных лабораториях осуществляется не на должном уровне, в связи со слабой технико-диагностической укомплектованностью.

8. ИППП наносят обществу значительный социально-экономический ущерб. В числе семейных пар, перенесших ИППП, в течение первых пяти лет: у 8,8% распадается брак, что в 3 раза чаще, чем в общей популяции, у 15,5% происходит самопроизвольный аборт (в популяции - 3,6%), стали бесплодными мужчины - 17,0% и женщины - 13,5%.

9. В Ошской области временная утрата трудоспособности (ВУТ) одного больного с ИППП составляет в среднем 19,9 дня и в общей сложности за счет больных с ИППП ежегодный ущерб составляет 4120,1 тыс. сомов. Продолжительность жизни населения за счет преждевременной смерти от ИППП сокращается на 191 человеко-год. Наибольший экономический ущерб приносят ИППП нового поколения - до одного млн. сомов в год. Основной причиной их столь высокого ущерба является поздняя диагностика, неадекватное лечение и обусловленный этим высокий процент осложнений, в структуре которых доминирует бесплодие.

Практические рекомендации

1. Усовершенствовать государственную отчетность ИППП (ф.№34 здрав), чтобы отражала полноту и совокупность заболеваемости по всем лечебным организациям, независимо от формы собственности, в соответствии с МКБ – X пересмотра. Обеспечить проведение государственной системы мониторинга за ИППП, позволяющей осуществлять контроль за регистрацией, анализ и обработку данных, необходимых для принятия управленческих решений.

2. В целях оптимизации работы по снижению ИППП необходимо совершенствовать взаимодействие различных служб здравоохранения (дерматовенерологической, акушер-гинекологической, урологической) с центрами Госсанэпиднадзора, СПИДа, координация действий которых способствует раннему выявлению и профилактике ИППП.

3. Принимая во внимание неравномерное распространения ИППП среди популяции, основные усилия профилактических мероприятий должны быть направлены на группы повышенного риска, являющиеся резервуарами инфекций и способствующих их быстрому распространению (работники коммерческого секса и наркоманы).

4. Неотложной задачей является внимание всех общественных служб к проблеме ИППП/ВИЧ-инфекции и создание благоприятной атмосферы и информационной системы по предупреждению этих заболеваний. Значительная роль должна отводиться СМИ, во взаимодействии с общественными и медицинскими организациями.

5. Создание информационной сети на Интернет-сайтах, доступной для населения, по проблемам ИППП/ВИЧ-инфекции, о путях их распространения, методах защиты, и последствиях их влияния для здоровья. Мероприятия, прежде всего, должны проводиться среди вовлеченных в эпидемический процесс групп населения и быть адаптированными к их потребностям.

6. Формирование полового поведения воспитывается с детского возраста, а основным его этапом является подростковый возраст. Образовательную деятельность по проблеме ИППП необходимо внедрять в программу школ согласно возрасту, степени зрелости, социально-культурному менталитету населения.

7. Для предупреждения заболеваемости врожденным сифилисом необходимо совершенствовать методы диагностики и лечения, первичной профилактики беременных, а также разработать клинические протоколы показаний к прерыванию беременности.

8. Учитывая, что у больных сифилисом и гонореей, наряду с основным возбудителем, выделяются возбудители других ИППП, в плане эпидемиологического надзора необходимо этих больных обследовать в обяза-

тельном порядке на наличие других инфекций урогенитального тракта (хламидий, уреаплазмозы и др.). При выявлении сопутствующих ИППП одновременно проводить комплексное лечение.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Орозбекова Б.Т. Инфицированность ИППП женщин фертильного возраста (по материалам Ошской области) // Гигиена, эпидемиология и иммунология. - Алматы, 2006. - №3. - С.113-115.

2. Орозбекова Б.Т. Эпидемиологические особенности инфекций, передаваемых половым путем в Ошской области Кыргызской Республики // Гигиена, эпидемиология и иммунология. - Алматы, 2006. - №3. - С.115-117.

3. Орозбекова Б.Т., Сапарбеков М.К., Рахимжанова А.Р. Методологические подходы к изучению эпидемического процесса при инфекциях, передающихся половым путем // Здоровье и болезнь. - Алматы, 2007. - №1 (57). - С.92-94.

4. Орозбекова Б.Т. Оценка репродуктивного здоровья девочек-подростков Ошской области Кыргызской Республики // Здоровье и болезнь. - Алматы, 2007. - №1 (57). - С.40-42.

5. Орозбекова Б.Т., Сапарбеков М.К., Турусбекова А.К. Распространенность заболеваемости ИППП женщин фертильного возраста (по материалам Ошской области) // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - Бишкек, 2008. - Том XIV, Приложение 1. - С.100-103.

6. Орозбекова Б.Т., Сапарбеков М.К., Ысмаилова И.М. Эпидемиологические особенности инфекций, передаваемых половым путем, в городе Ош Кыргызской Республики // Центрально-Азиатский медицинский журнал. - Бишкек, 2008. - Том XIV, Приложение 1. - С.103-104.

7. Орозбекова Б.Т., Сапарбеков М.К. Факторы, влияющие на распространение инфекций, передаваемых половым путем среди женщин фертильного возраста // Здравоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2008. - №2. - С.85-87.

8. Орозбекова Б.Т., Мамаев Т.М., Сапарбеков М.К. Эпидемиологическая характеристика инфекций, передаваемых половым путем, и ВИЧ-инфекции среди женщин фертильного возраста в Ошской области // Здравоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2008. - №2. - С.88-91.

9. Орозбекова Б.Т. Эпидемиологическая ситуация по ИППП Кыргызской Республики и Ошской области (сообщение первое) // Известия ВУЗов. - Бишкек, 2008. - № 5-6. - С.63-65.

10. Орозбекова Б.Т. Эпидемиологическая ситуация по ИППП среди возрастных групп Кыргызской Республики и Ошской области (сообщение второе) // Известия ВУЗов. - Бишкек, 2008. - № 5-6. - С.215-220.

11. Орозбекова Б.Т. Динамика заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди ЖРВ Ошской области Кыргызской Республики (с 2001-2007 гг.) // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2008. - № 5-6. - С.283-287.

12. Орозбекова Б.Т. Эпидемиология и современная стратегия профилактики ИППП: Учебное пособие. – Ош, 2008. – 56 с.

13. Орозбекова Б.Т. Интегрированный эпидемиологический надзор и профилактика ИППП: Учебное пособие. - Ош: 2008. – 96 с.

14. Орозбекова Б.Т., Киргизбаев З.А. Возрастные и половые особенности ИППП Ошской области (сифилиса и гонорея) // Здравоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2009. - №1. - С.89-92.

15. Орозбекова Б.Т., Киргизбаев З.А., Шарипова М. Анализ многолетней динамики болезней, передаваемых половым путем, в Кыргызской Республике // Здравоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2009. - №1. - С.82-88.

16. Орозбекова Б.Т., Туташева А.Т., Жумалиев А.К. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, среди детей и подростков в Ошской области // Здравоохранение Кыргызстана. - Бишкек, 2009. - №2. – С.99-101.

17. Орозбекова Б.Т. Распространенность инфекций, передаваемых половым путем, среди сельского и городского населения Ошской области // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2008. - №7-8. - С.36-38.

18. Орозбекова Б.Т. Социальная значимость инфекций, передаваемых половым путем, и показатели потенциальной демографии Ошской области // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2008. - №7-8. – С.156-161.

19. Орозбекова Б.Т. Современные стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем // Известия ВУЗов. - Бишкек, 2008. - № 9. - С.28-30.

20. Орозбекова Б.Т. Моральный и социальный ущерб, наносимый инфекциями, передаваемыми половым путем // Известия ВУЗов. - Бишкек, 2008. - № 9. - С.151-159.

21. Орозбекова Б.Т. Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди населения Ошской области. - Ош, 2009. – 127 с.

22. Орозбекова Б.Т. Эффективность службы эпидемиологического надзора и пути оптимизации профилактики инфекций, передаваемых половым путем // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2009. - №5. - С.51-59.

23. Орозбекова Б.Т. Анализ выявляемости инфекций, передаваемых половым путем, по лечебным учреждениям Ошской области // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2009. - №5. - С.76-82.

24. Орозбекова Б.Т., Касымов О.Т. Гендерные аспекты распространения инфекций, передаваемых половым путем, в Ошской области Кыргызской Республики // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2009.- №6. - С.98-103.

25. Орозбекова Б.Т., Касымов О.Т. Возрастные особенности инфекций, передаваемых половым путем // Наука и новые технологии. - Бишкек, 2009. - №6. - С.119-122.

26. Орозбекова Б.Т., Касымов О.Т. Эпидемиологические аспекты инфекций «нового поколения», передаваемых половым путем, в Ошской области Кыргызской Республики // Здоровье и болезнь. - Алматы, 2009. - №5. - С.45-51.

27. Орозбекова Б.Т., Киргизбаев З.А. Методические рекомендации по организации эпидемиологического надзора за инфекциями, передающимися половым путем: - Ош, 2009. – 27 с.

28. Орозбекова Б.Т., Киргизбаев З.А. Эпидемиологическая оценка микст-инфекций, передаваемых половым путем, по материалам Ошской области // Наука и нов технологии. - №7. - 2009. - С.54-56.

29. Орозбекова Б.Т., Киргизбаев З.А. Основы профилактики инфекции, передаваемых половым путем: Учебное пособие. – Ош, 2008. – 56 с.

Орозбекова Бүбүсайра Төлөбаевнанын «Эпидемиологиялык көзөмөлдөө системасындагы илимий методикалык ыкмалар жана жыныстык жол аркылуу берилүүчү инфекцияларды алдын алуу (Ош шаарынын үлгүсүндө)» деген темада медицина илиминин доктору илимий даражага ээ болуу үчүн эпидемиология 14.00.30 адистиги боюнча жазган диссертациясына

КОРУТУНДУ

Негизги сөздөр: Инфекция, жыныстык жол аркылуу берилүүчү инфекциялар, таралуусу, структурасы, социалдык-биологиялык тобокелдүүлүк, эпидемиологиялык көзөмөлдөө, сакаюу критериясы, потенциалдык демографиясынын көрсөткүчтөрү, экономикалык зыян.

Изилдөөнүн объектиси: Калк жана Ош областындагы дарылоо-алдын алуу уюмдары.

Изилдөө предмети: Жыныстык жол аркылуу берилүүчү инфекциялар. Изилдөө 1991 жылдан 2006 жылга чейинки мезгилди камтыйт.

Изилдөөнүн максаты: Эпидемиялык көзөмөлдөө системасын оптимизациялоо үчүн медициналык-социалдык, уюштуруу катарындагы проблемаларын изилдөөгө системалык ыкмалардын негизинде азыркы кездеги жыныстык жол аркылуу берилүүчү инфекциялардын тобунун эпидемиологиялык процессинин эволюциясынын тенденциясын аныктоо.

Изилдөөнүн жыйынтыгы: Изилдөөлөрдүн жыйынтыгынын негизинде Ош областындагы калк арасында жыныстык жол аркылуу берилүүчү инфекцияларынын таралуусунун өзгөчөлүктөрүнүн мааниси, структурасы, мыйзам ченемдүүлүгү жана тенденциясы аныкталды.

Илимий жаңылыгы: Биринчи жолу потенциалдык демографиясынын көрсөткүчтөрүнүн негизинде (жоготулган жашоо жылдары, эмгек потенциалын жоготуу жана экономикалык жоготуулар) венерологиялык оорусу менен ооруган оорулардын ден соолугуна баалоо жүргүзүлгөн. Жыныстык жол аркылуу берилүүчү оорулардын мурунку натыйжалары жана алардын калктын тукум куучулук сапатына тийгизкен таасири берилген. Биринчи медициналык тез жардам көрсөтүү мүмкүнчүлүгү жана медициналык максатка ылайыктуулук көз караштагы венерологиялык кызматты уюштуруудагы жетишсиздиктер, ошондой эле экономикалык натыйжалуулук даражасы көрсөтүлгөн.

Колдонулуучу тармактары: Коомдук саламаттык сактоо, тери венерологиялык кызматы, акушердик гинекологиялык кызматы, урологиялык кызматы.

РЕЗЮМЕ

диссертации Орозбековой Бубусайры Толобаевны на тему: «Научные и методические подходы в системе эпидемиологического надзора и профилактики инфекций, передаваемых половым путем (на примере Ошской области)» на соискание ученой степени доктора медицинских наук по специальности 14.00.30 - эпидемиология.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, распространенность, структура, социально-биологические риски, эпидемиологический надзор, критерии излеченности, показатели потенциальной демографии, экономический ущерб.

Объект исследования - население и лечебно-профилактические организации Ошской области. Предмет исследования: инфекции, передаваемые половым путем. Исследования охватывает период с 1991 по 2007 годы.

Целью работы явилось определение тенденций современной эволюции эпидемического процесса группы инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), на основе системного подхода к анализу, изучения проблем организационного, медико-социального порядка для оптимизации системы эпидемиологического надзора.

Научная новизна. На основе полученных результатов исследования установлены тенденции, закономерности, структура и значимые особенности распространения ИППП среди населения Ошской области. Впервые дана оценка здоровья пациентов, переболевших венерическими заболеваниями, на основании показателей потенциальной демографии (потерянные годы жизни, потери трудового потенциала и экономические потери). Отражены отдаленные последствия ИППП (мужское и женское бесплодие) и их влияние на качество воспроизводства населения. Показана степень доступности первичной медико-санитарной помощи и организационные недочеты венерологической службы как с точки зрения медицинской целесообразности, так и экономической эффективности.

Область применения: общественное здравоохранение, дерматовенерологическая служба, акушерство и гинекология, урология

SUMMARY

of the dissertation of Orozbekova Bubusaira Tolobaevna entitled “Scientific and methodological approaches to epidemiologic surveillance and prevention of sexually transmitted infections as exemplified by the Osh Region” for a degree of doctor of medical sciences in the specialty 14.00.30 – epidemiology.

Key words: sexually transmitted infections, prevalence, proportion, socio-biological risks, epidemiological surveillance, cure criteria, potential demography indicators, economic losses

Objects under study: the population and health organizations of the Osh Region. The subject of the study: sexually transmitted infections. The study covers the period 1991 - 2007.

Aim of the study: To determine tendencies of the current evolution of the epidemic process of the group of sexually transmitted infections based on systemic approach to the analysis and investigation of related organizational and medico-social problems to optimize the system for epidemiologic surveillance.

Scientific novelty. On the basis of results of the study, the trends, relationships, structure and significant features of the spread of sexually transmitted infections (STIs) in the population of the Osh Region have been defined. For the first time an assessment has been carried out of the health of persons who had suffered STIs in their life, based on potential demography indexes (years of life lost, potential work ability lost and economic losses). Long-term consequences of STIs (male and female infertility) and their influence on the quality of population reproduction have been described. Primary health care accessibility, organizational weaknesses of the STI care service have been characterized both from the point of view of medical relevance and economic effectiveness.

Area of application: public health, dermatovenereological service, obstetrics and gynecology, urology.

Подписано к печати 03.03.2010 г. Формат 60 x 90/16
Бумага офсетная. Объем 1,3 п.л.; тираж 100 экз.
Отпечатано в НПО «ПМ»
г. Бишкек, ул. Байтик Баатыра, 34
Тел. 54-45-76

