

13 (2.)

Специализированная медицинская помощь подросткам и молодежи с инфекциями, передаваемыми половым путем: состояние вопроса и пути оптимизации

Title

Authors

State

Н.В. Кунгуров, Н.В. Зильберберг, Ю.Н. Кузнецова, Н.П. Евстигнеева

Кунгуров Н.В. директор ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, профессор, г. Екатеринбург

Зильберберг Н.В. заместитель директора по научной работе ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Екатеринбург

Кузнецова Ю.Н. ведущий научный сотрудник отдела сифилидологии и ИППП ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, кандидат медицинских наук, г. Екатеринбург

Евстигнеева Н.П. руководитель экспериментально-лабораторного отдела ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, доктор медицинских наук, г. Екатеринбург

Кузнецова Юлия Николаевна
620026, Екатеринбург, ул. Куйбышева, 123/В, 75
+7-908-63-02-600
e-mail: kjn@mail.ru

Работа выполнена в клиническом научном отделе дерматологии ФГБУ «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России, г. Екатеринбург

Введение

Состояние популяционного здоровья и развитие любого общества во многом определяется уровнем здоровья подростков, которые формируют его демографический резерв, культурный, интеллектуальный и профессионально-производственный потенциал [1]. Государство определяет охрану здоровья детей как одно из важнейших и необходимых

Резюме. проанализированы данные по заболеваемости подростков сифилисом и гонококковой инфекцией, определена типологии территорий Уральского, Сибирского и Дальневосточного Федеральных округов (ФО) по уровню заболеваемости в 2005 – 2010 г.г. Научно обоснован и разработан алгоритм и индикативные показатели для оценки эффективности оказания специализированной медицинской помощи подросткам и молодежи с ИППП.

Ключевые слова: инфекции, передаваемые половым путем, подростки, сифилис, гонококковая инфекция, заболеваемость

Summary: The.

Keywords: po

условий физического и психического развития населения (Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации»). Несмотря на наметившуюся в Российской Федерации (РФ) тенденцию к снижению заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), ее показатели остаются на достаточно высоком уровне, как у взрослого населения, так и у подростков, и молодежи [2, 3, 4, 5], в том числе за счет раннего начала полового опыта, употребления психоактивных веществ, промискуитетного поведения, коммерческих отношений с половым партнером, пренебрежения методами профилактики [6, 7, 8, 9], низкого уровня информированности по вопросам личной и половой гигиены, клинических проявлений и осложнений ИППП [5, 10, 11, 12].

Приоритет профилактики в сфере охраны здоровья обеспечивается путем осуществления



мероприятий по предупреждению и раннему выявлению социально-значимых заболеваний (Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ), для разработки и оптимизации которых необходим мониторинг динамики интенсивных показателей с определением удельного веса территорий с высоким уровнем заболеваемости.

Отечественные и зарубежные авторы едины во мнении о значимости образовательной работы с подростками и молодежью, считая ее единственно реальным путем оптимизации репродуктивного поведения [1, 13, 14, 15].

В соответствии с ФЗ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» доступность и качество медицинской помощи обеспечиваются организацией медицинских учреждений по принципу приближенности к месту жительства, работы или обучения, наличием необходимого количества медицинских работников и уровнем их квалификации, транспортной доступностью медицинских организаций для всех групп населения, в том числе подростков и молодежи. Для оценки работы специализированных медицинских центров для детей и подростков с ИППП необходимы индикативные критерии, позволяющие проанализировать эффективность их деятельности, в том числе и территориальную доступность для населения всех муниципальных образований, входящих в субъект Федерации.

Таким образом, медико-социальная значимость проблемы, связанная с высоким уровнем заболеваемости ИППП подростков и молодежи, возможностью развития осложнений и нарушений репродуктивного здоровья, диктует необходимость оптимизации комплексного подхода к оказанию специализированной медицинской помощи, включающей лечебно-диагностический и реабилитационный этапы, соблюдение правовых принципов, материальной и территориальной доступности, стандартизации диагностических и лечебных технологий.

Материалы и методы исследования

Для оценки уровня и динамики заболеваемости детей и подростков сифилисом и гонококковой инфекцией в Российской Федерации и 27 субъектах Федерации, входящих в Уральский, Сибирский и Дальневосточный Федеральные округа за период с 2005 г. по 2010 г., были изучены данные государственных статистических материалов: отчетной формы № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых

преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой», утвержденная постановлением Госкомстата России от 10.09.2002 г. № 175 и «Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость». Проанализированы абсолютные и интенсивные (на 100 тыс. соответствующего населения) показатели заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией подростков 15-17 лет. Оценивалась динамика заболеваемости (темп роста/убыли, темп прироста/убыли, динамика по отношению к 2005 г.), в том числе и в сравнении со среднероссийскими и среднерегionalными показателями. Проведено ранжирование 27 субъектов Федерации, входящих в Уральский, Сибирский и Дальневосточный ФО по величине интегральных показателей с определением типологии формирования групп с высоким, средним и низким уровнем заболеваемости. В 2011 году была проведена оценка эффективности внедрения разработанных диагностических, лечебных и организационных технологий с использованием индикативных показателей.

С целью изучения доступности специализированной медицинской помощи детям и подросткам в Центрах и кабинетах профилактики и лечения ИППП, проведена экспертная оценка анкет для главных специалистов дерматовенерологов 27 территорий Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО. Анкеты включали данные о численности населения, площади территории, наличии специализированного Центра для детей и подростков с ИППП, отражена удаленность муниципальных образований от Центра.

Разработка и обоснование индикативных показателей, комплексно оценивающих эффективность медицинской помощи подросткам и молодежи с ИППП, базировалась на оценке показателей работы специализированного Центра на базе ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России, функционирующего с 2005 года в рамках федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002 - 2006 годы, 2007-2011 годы), подпрограммы «О мерах по предупреждению дальнейшего распространения заболеваний, передаваемых половым путем» (постановления Правительства Российской Федерации № 790 от 13.11.2001 г., № 280 от 10.05.2007 г.).

Статистическая обработка фактических данных проводилась методами вариационной статистики с использованием пакетов статистического анализа Statistica7. Клинические и демографические показатели обрабатывались по правилам описательной



Таблица 1

Сравнительные показатели заболеваемости сифилисом подростков 15-17 лет на территориях Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО

Территории	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009 год		2010 год	
	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.
Российская Федерация	4271	62,3	3460	51,7	2901	49,5	2555	48,4	1955	39,4	1304	28,5
Уральский ФО	418	67,4	311	52,3	242	46,9	219	47,3	160	36,8	100	25,0
Курганская область	38	73,4	38	76,9	31	72,8	33	87,4	15	42,6	17	54,2
Свердловская область	181	86,5	141	70,8	83	48,8	81	53,2	64	44,7	38	28,6
Тюменская область	40	21,8	40	22,6	41	26,2	29	20,5	22	16,5	16	13,1
Ханты-Мансийский АО	15	18,1	15	18,7	8	11,3	6	9,3	7	11,5	8	14,2
Ямало-Ненецкий АО	9	29,2	7	23,2	4	14,5	4	15,8	1	4,2	0	0,0
Челябинская область	159	90,5	92	54,4	87	59,5	76	58,0	59	48,1	29	25,8
Сибирский ФО	1084	105,6	943	95,4	828	96,0	853	110,2	625	85,9	478	72,1
Республика Алтай	13	101,0	11	88,9	12	110,8	18	180,7	8	84,0	5	56,9
Республика Бурятия	57	95,6	66	114,6	42	85,2	51	119,4	29	73,7	26	73,6
Республика Тыва	139	607,6	90	399,1	102	487,0	140	723,4	82	443,8	59	338,1
Республика Хакасия	69	236,6	79	282,2	35	142,4	39	175,7	24	114,4	19	99,7
Алтайский край	77	62,5	68	58,0	61	61,1	48	53,9	61	73,1	51	67,0
Забайкальский край	92	127,9	83	118,7	84	148,1	82	160,9	58	121,1	37	84,1
Красноярский край	81	53,1	69	46,8	71	54,7	62	53,1	38	34,5	35	34,8
Иркутская область	160	112,3	140	101,8	150	124,9	147	137,2	101	100,5	85	93,2
Кемеровская область	207	148,9	156	117,3	123	105,6	122	116,0	100	101,0	86	94,9
Новосибирская область	61	49,0	64	53,4	72	68,7	69	73,6	74	84,0	37	46,7
Омская область	92	88,5	86	85,9	46	52,0	55	68,6	29	28,2	19	27,4
Томская область	38	76,3	36	75,1	30	73,0	20	54,7	21	61,5	19	61,4
Дальневосточный ФО	365	107,4	308	93,6	278	96,1	241	93,0	232	95,4	142	63,6
Республика Саха (Якутия)	22	37,5	9	15,7	17	32,5	16	32,9	18	38,5	15	33,7
Камчатский край	22	120,8	5	28,6	14	101,5	2	16,1	2	17,1	3	28,0
Приморский край	109	110,7	87	91,1	77	91,7	70	93,8	73	104,9	35	55,1
Хабаровский край	81	115,7	99	146,5	78	132,8	62	119,0	51	105,0	30	67,9
Амурская область	80	170,3	51	111,9	38	94,8	51	142,3	52	155,6	39	128,7
Магаданская область	1	11,7	2	24,3	1	14,1	0	0,0	1	16,8	0	0,0
Сахалинская область	32	119,3	17	66,0	20	91,8	10	52,6	13	74,2	10	63,0
Еврейская АО	12	115,1	17	168,5	21	233,2	25	291,6	17	226,4	8	117,3
Чукотский АО	10	342,8	22	776,3	12	469,2	5	218,1	5	232,7	2	101,6

статистики. Для количественных параметров рассчитывались параметрические статистические показатели: среднее арифметическое (M), стандартное отклонение (O). Доверительные интервалы оценивались при помощи стандартной ошибки среднего (m). Для сравнения показателей в двух и более независимых группах использовались критерий Хи-квадрат, точный критерий Фишера. Для установления достоверности различий между группами использовался критерий Стьюдента.

Результаты исследования и их обсуждение

Учитывая единые пути распространения и одновекторность эпидемиологического процесса, судить о современной ситуации по ИППП и воспалительным заболеваниям уrogenитального тракта, ассоциированным с условно-патогенными микроорганизмами, косвенно возможно по официально регистрируемым показателям заболеваемости



подростков сифилисом и гонококковой инфекцией, как маркерам эпидемиологического неблагополучия.

В ходе исследования установлено, что на фоне прогрессивного снижения (в 2,2 раза) среднероссийского показателя заболеваемости подростков 15-17 лет сифилисом, среднеокружные показатели в Сибирском и Дальневосточном ФО в 2010 году составили 72,1 и 63,6 на 100 тыс. соответствующего населения. Наиболее высокие темпы снижения заболеваемости сифилисом подростков 15-17 лет отмечены в Уральском ФО (62,9 %), что обеспечило более низкие показатели, чем в среднем по РФ (25,0 и 28,5 соответственно). Уровень заболеваемости сифилисом подростков 15-17 лет снизился во всех территориях Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО, за исключением Алтайского края (+ 7,2 %) и Еврейской АО (+ 1,9 %). За исследуемый период установлена тенденция снижения удельного веса подростков 15-17 лет, среди всех зарегистрированных больных сифилисом в 92,6 % территорий Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО. При этом общеокружные показатели Дальневосточного и Сибирского ФО в 2010 году превышали общероссийский показатель в 1,4 и 1,5 раза (в 2005 году – в 1,2 раза), за счет высокой заболеваемости в республике Тыва, Алтайском, Приморском и Забайкальском краях, Иркутской, Кемеровской, Амурской областях. В Сибирском ФО заболеваемость подростков (72,1 на 100 тыс. соответствующего населения) сопоставима с уровнем заболеваемости в популяции (76,0 на 100 тыс. населения) (табл. 1).

За исследуемый период показатель заболеваемости подростков гонококковой инфекцией в РФ в 2010 году снизился в 2,1 раза. Наиболее высокие темпы снижения интенсивных показателей отмечены в Уральском ФО (- 54,7 %). Установлен рост заболеваемости в 2010 году в республике Алтай (+ 15,2 %) и Иркутской области (+ 9,0 %). Удельный вес территорий Сибирского ФО, в которых уровень заболеваемости подростков превышает общероссийский (36,0 на 100 тыс. соответствующего населения), в 1,9 – 5,3 раз составил 58,3 %: Республика Алтай – 125,3, Республика Бурятия – 116,0, Республика Тыва – 189,1, Республика Хакасия – 110,2, Иркутская область – 141,5, Томская область – 135,7, Кемеровская область – 67,3 случаев на 100 тыс. соответствующего населения. В Дальневосточном ФО в 66,7 % территорий заболеваемость подростков гонококковой инфекцией в 2,2 – 3,7 раз превышала общероссийскую: Республика Саха – 83,1, Камчатский край – 121,1, Хабаровский край – 131,2, Амурская область – 82,5,

Сахалинская область – 113,3, Еврейская АО – 132,0 случаев на 100 тыс. соответствующего населения. Наибольший удельный вес подростков среди зарегистрированных случаев гонококковой инфекции в 2010 году отмечен в Сибирском ФО: в Республике Алтай (8,8 %), Республике Тыва (6,1 %), Иркутской (4,4 %) и Томской (4,3 %) областях, вследствие чего, среднеокружной показатель достоверно превышал общероссийский (3,3 % и 2,7 % соответственно, $p \leq 0,05$). Удельный вес подростков, заболевших гонококковой инфекцией в 2010 году, в Дальневосточном ФО составил 3,4 %, достоверно превышая общероссийский в 1,3 раза ($p \leq 0,001$), что обусловлено высокими показателями в следующих территориях: Камчатский край – 4,9 %, Хабаровский край – 4,0 % и Еврейской АО – 5,0 %. В Уральском ФО этот показатель в большинстве территорий соответствовал или был ниже общероссийского, за исключением Челябинской области (3,7 %), $p \leq 0,05$.

В Сибирском и Дальневосточном ФО заболеваемость подростков гонококковой инфекцией лишь незначительно ниже заболеваемости всего населения (78,9 и 71,7; 100,6 и 86,1 на 100 тыс. соответствующего населения) (табл. 2).

На основании определения границ интенсивных показателей заболеваемости в 27 территориях Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО проанализирована динамика удельного веса территорий с высоким, средним и низким уровнем заболеваемости подростков сифилисом и гонококковой инфекцией за исследуемый период. Территории с высоким уровнем заболеваемости сифилисом и гонококковой инфекцией преобладают в Сибирском и Дальневосточном ФО (Республика Тыва, Чукотский АО, Еврейская АО).

Удельный вес территорий с высоким уровнем заболеваемости сифилисом подростков 15-17 лет остается стабильным в Сибирском ФО (8,3 %), в Дальневосточном ФО снизился с 11,1 до 0,0 % ($p \geq 0,05$). За исследуемый период удельный вес территорий с высоким уровнем заболеваемости гонококковой инфекцией подростков 15-17 лет вырос в 4 раза в Сибирском ФО (8,3 % - 33,3 %), ($p \geq 0,05$) и снизился в Дальневосточном ФО (33,1 % - 22,2 %). В Уральском ФО на протяжении всего исследуемого периода не зарегистрировано территорий с высоким уровнем заболеваемости подростков, как сифилисом, так и гонококковой инфекцией. Оценка эпидемиологической ситуации с определением границ интенсивных показателей территорий с низким, средним и высоким уровнем заболеваемости позволила разработать алгоритм, определяющий структуру и

Таблица 2

Сравнительные показатели заболеваемости гонококковой инфекцией подростков 15-17 лет на территориях Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО

Территории	2005 год		2006 год		2007 год		2008 год		2009 год		2010 год	
	абс	а 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.	абс	на 100 тыс.
Российская Федерация	5118	74,6	3899	52,8	3255	55,6	2895	51,8	1968	39,7	1651	36,0
Уральский ФО	549	88,5	437	73,4	335	64,9	261	53,2	189	43,5	160	40,1
Курганская область	72	139,0	39	78,9	19	44,6	26	64,5	9	25,6	10	31,9
Свердловская область	247	118,1	170	85,3	149	87,5	113	70,1	105	73,3	73	54,9
Тюменская область	85	46,3	99	55,9	92	58,7	63	42,0	36	27,0	31	25,3
Ханты-Мансийский АО	31	37,4	53	66,1	28	39,5	35	51,6	20	33,0	17	30,1
Ямало-Ненецкий АО	6	19,5	10	33,2	12	43,6	6	22,6	4	16,6	4	17,7
Челябинская область	145	82,6	129	76,3	75	51,3	59	42,4	39	31,8	46	40,9
Сибирский ФО	1174	114,4	908	91,9	762	88,3	739	90,1	509	70,0	475	71,7
Республика Алтай	14	108,8	6	48,5	7	64,6	7	67,3	6	63,0	11	125,3
Республика Бурятия	82	137,6	69	119,8	50	101,5	49	106,4	36	91,5	41	116,0
Республика Тыва	67	292,9	48	212,9	48	229,2	57	282,0	41	221,9	33	189,1
Республика Хакасия	40	137,2	21	75,0	42	170,8	27	115,3	15	71,5	21	110,2
Алтайский край	143	116,1	117	99,8	75	75,1	69	73,0	40	47,9	25	32,8
Забайкальский край	53	73,7	47	67,2	33	58,2	34	62,9	21	43,9	24	54,6
Красноярский край	126	82,6	98	66,5	64	49,3	93	75,2	52	47,3	31	30,8
Иркутская область	185	129,8	159	115,6	184	153,2	182	160,0	102	101,5	129	141,5
Кемеровская область	175	125,9	131	98,5	112	96,1	77	69,2	72	72,7	61	67,3
Новосибирская область	95	76,3	88	73,4	60	57,2	55	55,4	46	52,2	23	29,0
Омская область	119	114,4	70	69,9	49	55,4	44	52,0	33	43,5	34	49,1
Томская область	75	150,6	55	114,7	38	92,5	45	115,5	45	131,9	42	135,7
Дальневосточный ФО	512	150,7	422	128,2	342	118,2	340	123,5	235	96,6	192	86,1
Республика Саха (Якутия)	59	100,5	55	95,8	40	76,5	50	99,2	42	89,7	37	83,1
Камчатский край	32	175,7	14	80,2	14	101,5	15	114,1	16	136,7	13	121,1
Приморский край	75	76,1	60	62,8	53	63,1	43	54,0	33	47,4	29	45,7
Хабаровский край	164	234,2	119	176,1	103	175,4	102	183,5	68	140,0	58	131,2
Амурская область	80	170,3	88	193,0	71	177,2	73	190,8	44	131,7	25	82,5
Магаданская область	8	93,3	8	97,4	4	56,4	7	103,5	2	33,5	3	57,4
Сахалинская область	54	201,4	40	155,3	22	101,0	32	155,8	12	68,5	18	113,3
Еврейская АО	33	316,6	25	247,8	21	233,2	14	163,3	11	146,5	9	132,0
Чукотский АО	10	342,8	14	494,0	14	547,4	4	164,2	7	325,7	0	0,0

объем профилактических мероприятий в территориях с различным уровнем заболеваемости (рис. 1). Определены ведомства и структурные подразделения в органах исполнительной власти в сфере здравоохранения и других государственных структур, ответственных за реализацию профилактических мероприятий. В территориях со стабильно высоким уровнем заболеваемости необходима организация выездных, мобильных противоэпидемических бригад. Разработка и реализация территориальных

законов о нравственном, психическом и физическом здоровье подростков и молодежи в рамках комплексной межведомственной программы по профилактике ИППП целесообразно проводить с участием общественных организаций, занимающихся проблемами молодежи. Диагностика и санация выявленных инфекций должна проводиться одновременно с информированием подростков и молодежи о профилактике ИППП с использованием ресурсов средств массовой информации (СМИ).



С целью оптимизации мероприятий, направленных на сохранение репродуктивного здоровья разработан медико-организационный алгоритм оказания специализированной медицинской помощи подросткам и молодежи с урогенитальными инфекциями, основанный на принципах доступности, конфиденциальности и стандартизированного подхода к диагностике и лечению ИППП, включающий следующие направления: информационную поддержку, оказание лечебно-диагностической помощи и профилактику (первичную, вторичную и третичную) (рис. 2). На первом этапе проводится информирование целевой аудитории о существовании специализированного Центра для детей, подростков и молодежи с ИППП на данной территории в рамках лекций сотрудников Центра в средних и высших учебных заведениях, средствах массовой информации, сети Интернет.

На втором этапе проводится клинико-диагностическое обследование и лечение подростков и молодежи, обратившихся для профилактического обследования и с наличием жалоб со стороны урогенитального тракта, консультативная помощь по телефону «горячей линии», консультации психолога по формированию ответственного отношения к своему здоровью и выработке позитивных установок в отношении репродуктивного здоровья, проведение разъяснительной работы по профилактике ИППП, вопросам половой и личной гигиены, распространение информационных материалов по вопросам профилактики ИППП. Обращение пациентов в такие Центры может быть самостоятельным и по направлению гинекологов, врачей межвузовских поликлиник и врачей общей практики.

На первичном приеме проводится консультирование, диагностика ИППП, инструментальное обследование по показаниям. При выявлении

возбудителей ИППП и условно-патогенной микрофлоры в диагностических титрах проводится уточнение топического диагноза и диагностика сопутствующих соматических заболеваний. При наличии жалоб со стороны урогенитального тракта и выявлении ИППП, при отсутствии осложнений, лечение проводится в соответствии с действующими стандартами и клиническими рекомендациями. При

Рис. 1. Структура и объем профилактических мероприятий в территориях с высоким, средним и низким уровнем заболеваемости ИППП

Рис. 2. Алгоритм оказания специализированной диагностической и лечебной помощи подросткам и молодежи в условиях специализированного Центра

Годы	К СО % (удельный вес больных, обратившихся в ранние сроки заболевания)	К ОПО % (удельный вес пациентов, обратившихся с профилактической целью)	К ПР % (удельный вес больных с осложненным течением ИППП)
2005	4,8	21,3	24,0
2006	7,1	17,6	23,1
2007	8,5	24,4	20,2
2008	8,8	30,2	20,6
2009	17,9	32,5	15,3
2010	16,5	45,0	11,3
2011	20,7*	55,6*	10,3*

* достоверные отличия в сравнении с 2005 годом ($p \leq 0,005$), t-критерий Стьюдента

Таблица 3. Динамика основных индикативных показателей эффективности работы специализированного Центра для подростков и молодежи с ИППП ФГБУ «Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии» Минздрава России



выявлении осложнений со стороны репродуктивных органов проводится консультирование смежными специалистами, поэтому необходимым условием создания таких Центров является возможность консультирования гинекологом, эндокринологом, урологом, педиатром, психологом. Информирование пациентов по вопросам профилактики ИППП и их осложнений, рациональной контрацепции, пролонгированный мониторинг также проводится специалистами Центра. Организация работы специализированного центра, штатные нормативы медицинского персонала и стандарты оснащения кабинетов регламентируется Приказом Минздрава России от 15.11.2012 г. № 924н.

Для оценки эффективности комплексной системы организационных, лечебно-диагностических и профилактических мероприятий, разработаны индикаторы. Принятие организационных управленческих решений на основании анализа динамики индикаторов позволяет улучшить качество оказания специализированной медицинской помощи.

1. Коэффициент своевременного обращения*

$$K_{co} = \frac{\text{Число пациентов, обратившихся в течение 14 дней от появления симптомов} \times 100 \%}{\text{Число пациентов, обратившихся в Центр}}$$

* - показатель должен стремиться к 100 %

2. Коэффициент объема профилактического обследования*

$$K_{об} = \frac{\text{Число пациентов, обратившихся для профилактического обследования} \times 100 \%}{\text{Число всех обратившихся больных}}$$

* - показатель должен стремиться к 100 %

3. Коэффициент результативности профилактической работы*

$$K_{пр} = \frac{\text{Число пациентов с осложненным течением ИППП} \times 100 \%}{\text{Общее число пациентов с ИППП}}$$

* - показатель должен стремиться к 0 %

Внедрение организационной модели специализированной медицинской помощи подросткам и молодежи на базе ФГБУ «УрНИИДВиИ» Минздрава России» позволило в 2011 году по сравнению с 2005 годом снизить удельный вес больных с осложненным течением ИППП в 2,3 раза (табл. 3), увеличить

удельный вес пациентов, обратившихся в течение 30 дней от начала заболевания в 4,2 раза, увеличить удельный вес пациентов, обратившихся для профилактического обследования в 2,6 раз, $p \leq 0,005$.

Анализ данных о наличии в территориях Уральского, Сибирского и Дальневосточного ФО Центров специализированной помощи детям и подросткам с ИППП показал, что в Уральском ФО Центры функционируют в 66,7 % субъектов Федерации (Курганская, Свердловская и Челябинская области, Ханты-Мансийский АО), в Сибирском ФО – в 83,3 %, за исключением Республик Тыва и Хакасия, в Дальневосточном ФО – в 44,4 % субъектов Федерации (Камчатский, Приморский и Хабаровский край, Амурская область). В трети из 27 субъектов Федерации Центры отсутствуют. Проведена оценка удаленности от Центров муниципальных образований. Анализ территориальной доступности специализированной медицинской помощи детям и подросткам с ИППП показал, что возможность обратиться в один из 4 Центров, организованных в Уральском ФО, имеют лишь жители 82 (40,0 %) муниципальных образований (рис.2). В Сибирском ФО при наличии Центров в 10 крупных муниципальных образованиях специализированная медицинская помощь территориально доступна только для жителей 84 (25,0 %).

В территориях Дальневосточного ФО обращение в один из 4 Центров возможно для жителей 128 (31,4 %). Не имеют возможности обратиться в Центры из-за территориальной удаленности, отсутствия регулярного транспортного сообщения, высокой стоимости проезда подростки 123 (60,0 %) из 205 муниципальных образований Уральского ФО, 252 (75,0 %) из 336 Сибирского ФО и 208 (68,6 %) из 303 Дальневосточного ФО.



Литература

1. Радзинский В.Е., Хамошина М.Б., Лебедева М.Г. и соавт. Девушки-подростки РФ: современные тенденции формирования репродуктивного потенциала (обзор литературы) // Сибирский медицинский журнал. - 2010. - Т. 25. - № 4. - выпуск 2., - С. 10 - 14.
2. Кунгуров Н.В., Зильберберг Н.В. Организационно-процессуальные аспекты оказания дерматовенерологической помощи в условиях реформирования здравоохранения - Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та; 2007. - 275 с.
3. Кунгуров Н.В., Уфимцева М.А., Шакуров И.Г. и соавт. Эпидемиологические и социальные аспекты заболеваемости сифилисом, приоритетные задачи по предотвращению дальнейшего распространения инфекции - Екатеринбург: Изд-во Урал. Ун-та; 2008. - 196 с.
4. Рахматулина М.Р. Повышение качества оказания специализированной медицинской помощи детям с урогенитальными инфекциями: автореф. ... дис. докт. мед. наук. - Москва, 2009. - 41 с.
5. Рахматулина М.Р., Васильева М.Ю. Подростковые специализированные центры профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем: итоги работы и перспективы развития // Вестник дерматологии и венерологии. - 2011. - № 5. - С. 32 - 40.
6. Кубанова А.А., Лосева О.К., Бобкова И.Н., Кравец Т.А. Организация первичной профилактики ИППП на основе изучения сексуального поведения различных групп населения // Пособие для врачей - Москва; 2000. - 21 с.
7. Кравец Т.А. Социально-психологические характеристики и сексуальное поведение девушек-подростков, заболевших сифилисом: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Москва, 2003. - 23 с.
8. Marshall B.D., Kerr T; Shoveller J.A. et al. Homelessness and unstable housing associated with an increased risk of HIV and STI transmission among street-involved youth // Health Place. 2009; 15(3): 753-60.
9. Seth P, Wingood G.M., DiClemente R.J., Robinson L.S. Alcohol use as a marker for risky sexual behaviors and biologically confirmed sexually transmitted infections among young adult African-American women // Womens Health Issues. 2011; 21(2): 130-5.
10. Гомберг М.А., Ковалык В.П., Бурцев О.А. Анализ поведенческого поведения пациентов, обращающихся за венерологической помощью // Тезисы I Российского конгресса дерматовенерологов. - Санкт-Петербург. - 2003. - С. 187.
11. Попова Е.В. Эпидемиологические аспекты заболеваемости гонококковой инфекцией детей, совершенствование организации специализированной помощи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. - Екатеринбург, 2009. - 23 с.
12. Leval A., Sundstrom K., Ploner A. et al. Assessing perceived risk and STI prevention behavior: a national population-based study with special reference to HPV // PLoS One. 2011; 6(6): e20624.
13. Кубанова А.А., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в группах повышенного поведенческого риска // Вестник дерматологии и венерологии. - 2000. - № 5. - С. 4 - 6.
14. Ekstrand M., Engblom C., Larsson M., Tydon T. Sex education in Swedish schools as described by young women // Eur J Contracept Reprod Health Care. 2011; 16(3): 210-24.
15. Landripet I., Stulhofer A., Bacak V. Changes in human immunodeficiency virus and sexually transmitted infections-related sexual risk taking among young Croatian adults: 2005 and 2010 population-based surveys // Croat Med J. 2011; 52(4): 458-68.