

Сабанчиева З. Ю., Бобровский И. Н., Шибков Н. А., Максименко Л. Л., Ивахникова И. Г.,
Пиванова Н. Л., Терентьев А. А.

**ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ
ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (НА ПРИМЕРЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ)**

Адрес статьи: www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/58.html

Статья опубликована в авторской редакции и отражает точку зрения автора(ов) по рассматриваемому вопросу.

Источник

Альманах современной науки и образования

Тамбов: Грамота, 2009. № 12 (31): в 2-х ч. Ч. I. С. 167-169. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: www.gramota.net/editions/1.html

Содержание данного номера журнала: www.gramota.net/materials/1/2009/12-1/

© Издательство "Грамота"

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: www.gramota.net
Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: almanac@gramota.net

При проведении данного исследования доказана необходимость учета социально-эпидемиологических особенностей пациентов данной группы, что позволяет своевременно определять и прогнозировать тенденции развития и эпидемического процесса, а также разрабатывать комплекс мероприятий для ограничения распространения данных нозологий среди населения. Определение особенностей формирования показателей заболеваемости в различных возрастно-половых группах позволит повысить эффективность мероприятий по выявлению наиболее распространенных и социально значимых заболеваний среди населения при ограниченных материальных и кадровых ресурсах.

Выявление, регистрация и анализ особенностей развития и патоморфоза наиболее распространенных и социально значимых заболеваний среди мужского и женского населения необходимо для проведения дифференцированных адекватных профилактических и противоэпидемических мероприятий, а обоснование необходимости применения этапа восстановительного лечения у лиц с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями позволит пересмотреть и доказать экономическую эффективность данного этапа лечения, а следовательно повлиять как на индивидуальное здоровье, так и общества в целом.

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ВЫЯВЛЕНИЯ И ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (НА ПРИМЕРЕ СТАВРОПОЛЬСКОГО КРАЯ)

*Сабанчиева З. Ю., Бобровский И. Н., Шибков Н. А.,
Максименко Л. Л., Ивахникова И. Г., Пиванова Н. Л., Терентьев А. А.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), являются важнейшей медико-санитарной проблемой в связи с тяжелыми последствиями, влияющими на состояние здоровья населения. Последнее десятилетие характеризуется значительным ростом заболеваемости ИППП населения Российской Федерации. Причина возникновения данной ситуации лежит в резких экономических и социальных переменах, происходящих в современном обществе. В последние годы отмечается значительное "омоложение" контингента больных ИППП, возрастание удельного веса детей и подростков, увеличение числа случаев внутриутробного инфицирования, а также полового и бытового заражения детей. Заболеваемость ИППП детей и подростков увеличивается опережающими темпами по сравнению с взрослым населением. В связи с актуальностью проблемы высокой заболеваемости ИППП детей и подростков в последние годы проведен ряд исследований, посвященных изучению образа жизни, сексуального поведения заболевших детей, а также анализирующих влияние отдельных социально-гигиенических факторов, способствующих распространенности ИППП.

В декабре 1993 г. вышел приказ Минздрава РФ № 286 "О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем". Издание приказа было обусловлено тем, что отмечавшаяся до этого тенденция к снижению последние 10 лет сменилась подъемом и назрела острая необходимость пересмотра подходов к методам профилактики, выявления и лечения больных, изменения психологии населения и медицинских работников в отношении инфекций, передаваемых половым путем.

Эпидемиологический взлет ИППП сразу выявил наиболее не защищенные слои населения, таковыми оказались дети и подростки в силу таких факторов, как более высокая восприимчивость к инфекциям: наличие подростковой субкультуры, допускающей рискованное поведение, незащищенные половые контакты с частой сменой партнеров. В 90-х годах подростки были выделены в группу повышенного поведенческого риска на основании динамики заболеваемости ИППП. Так еще в 1990 г. показатель заболеваемости сифилисом на 100 тыс. лиц в возрасте 15-17 лет составлял для юношей 2,7, а для девушек - 8,8 случая; соответствующие показатели 1997 г. - 317,1 и 564,0, т.е. заболеваемость среди подростков возросла в 64 раза для девушек и в 117 раз для юношей, в то время как среди населения в целом - в 51 раз. В 1997 г. на пике эпидемии показатель заболеваемости среди девочек до 14 лет увеличился в 140 раз.

Сложившаяся в нашей стране в последние годы эпидемиологическую ситуацию по заболеваемости данной группы можно определить как неблагоприятную. Неблагоприятные последствия роста ИППП, в первую очередь его негативное влияние на репродуктивное здоровье нации, не могут не вызывать тревогу.

В резолюции, принятой на 8-ом Всероссийском съезде дерматовенерологов (2001 г.) были приняты основные направления улучшения деятельности дерматовенерологической службы. За прошедшее время были достигнуты определенные успехи. Важным шагом в реализации этого направления явилось утверждение в марте 2003 года Итоговой коллегией Минздрава России отраслевой программы "Управление качеством в здравоохранении в 2003-2007 гг." Основная цель программы - создание государственной системы управления качеством в здравоохранении в целях укрепления здоровья населения. В результате реализации этой стратегии удалось снизить общую заболеваемость ИППП по РФ, за период с 2000 по 2002 г. более, чем на 100 тыс., показатель заболеваемости в 2002 г. составил 651,4 на 100 тыс. населения (в 2000 г. - 778,5 на 100 000 населения). Заболеваемость сифилисом снизилась - на 28% в сравнении с 2000 г. (в 2002 г. - 119,5 на 100 тыс. чел.), проведенная большая работа по профилактике врожденного сифилиса позволила добиться снижения на 13% (с 710 в 2000 г. до 619 в 2002 г.) На 22,5% (94,2 на 100 000 населения) уменьшилась заболеваемость гонореей, трихомонозом - на 18% (282,9 на 100000), хламидиозом - на 15% (107,1 на 100 000). Уровень заболеваемости урогенитальным герпесом практически не изменился (18,2 на 100000). Положительным

моментом является также показатели снижения ИППП.

Однако, не смотря на все некоторые положительные результаты работы, нет оснований утверждать, что все возможное по стабилизации и дальнейшему предупреждению очередного эпидемического роста.

Целью нашего исследования было изучение заболеваемости в г. Ставрополе лиц молодого возраста от 14 до 20 лет в течение 1993-2009 годов. Сведения были получены путем выкапировки данных из статистических материалов Медицинского информационно-аналитического центра при Министерстве здравоохранения Ставропольского края (руководитель - д.м.н., профессор А. Д. Соломонов) и данных лечебно-профилактических учреждений г. Ставрополя ("Деятельность кожно-венерологических учреждений, за указанный промежуток времени, - формы 9 и 34"). Работа выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Государственного общеобразовательного учреждения высшего профессионального образования «Ставропольская государственная медицинская академия Федерального агентства по социальному развитию и здравоохранению».

Базой исследования являлся крупный субъект Федерации, входящий в состав Южного Федерального округа - Ставропольский край. Ежегодно в крае регистрируется более 6500 случаев социально значимых заболеваний. Следует отметить, что основные социально-демографические показатели по Ставропольскому краю (половая и возрастная структура) в целом соответствуют данным по Российской Федерации (по материалам ЦНИИ информатизации и организации здравоохранения, г. Москва). Однако следует учитывать, что Ставропольский край является, в основном, сельскохозяйственным (аграрным) регионом Российской Федерации. В связи с этим, соотношение городского и сельского населения значительно отличается от подобного соотношения по России. Вторая особенность заключена в том, что в Ставропольском крае в силу криминогенной ситуации показатели миграции населения выше средние российских, что приводит к более высокой заболеваемости населения различными заболеваниями, в том числе и относящимися к группе социально значимых (в том числе сифилис и ИППП).

Полученные данные введены в созданную, и успешно функционирующую, базу данных и проанализированы с использованием стандартных пакетов «Biostat-XP-06» и «Statgraf». Достоверность различий и ошибка репрезентативности анализируемых показателей рассчитывалась по критериям согласия (критерий «хи-квадрат») и Стьюдента. Обработка материала проводилась на ПЭВМ с процессором Pentium IV с использованием современных программных комплексов Microsoft Windows XP, World for Windows-2003, Microsoft Excel-версия-2003.

При проведении анализа динамики заболеваемости сифилиса нами установлено, что к 2009 г. наблюдается снижение уровня заболеваемости в возрастной группе 0-14 лет более чем в 9 раза. А в возрастной группе 15-17 лет - в 8,4 раза, в группе 18-20 лет - в 1,47 раза.

Заболеваемость гонореей лиц молодого возраста показывает, что наблюдается снижение уровня заболеваемости во всех группах больных в 3,5 раза. При чем снижение в группе 0-14 лет - более чем в 9 раз, в группе 15-17 лет - в 8,4 раза, в группе 18-20 лет - в 5 раз за исследуемый период.

При изучении динамики заболеваемости трихомониазом выявлены колебания показателей. Так, на фоне общей тенденции к снижению заболеваемости этой нозологической формой в 1999 г. отмечается незначительный рост заболеваемости во всех возрастных группах больных. Однако надо отметить, что доля детей в заболеваемости этой нозологической формой с 1993 до 2009г постепенно снижается, в возрастной группе 0-14 лет - снизилась к 2009 г. в 1,7 раза, в группе 15-17 лет- 3,7 раза, в группе 18-20 лет- 3,7 раз.

В динамике заболеваемости хламидиозом в 1994 г. по сравнению с 1993г. отмечалось значительное увеличение числа зарегистрированных больных, а к 2009 г. произошло резкое снижение заболеваемости. В структуре в 2008 г. заболеваемости этой нозологической формой 0-14-летних пациентов в своей возрастной группе составила 0,97%, что является наибольшим показателем за исследуемый период. В группе 15-17-летних подростков число зарегистрированных больных и доля в структуре заболеваемости также увеличились в 1994 г. С 1994 г. по 2009 г. в данных группах заболевших отмечается положительная динамика: снижение абсолютного числа больных, однако процентное соотношение в исследуемых возрастных группах осталось на уровне - 2,33% за прошедшие годы. В группе 18-20 лет также отмечался подъем заболеваемости в 1994, 1996 и 1997 гг.

Динамика заболеваемости урогенитальным герпесом носит неустойчивый и волнообразный характер. В 1994 г. по сравнению с предыдущим годом отмечается увеличение абсолютного числа зарегистрированных больных. Однако в исследуемых группах заболеваемость урогенитальным герпесом резко снизилась с 1,89% до 0,36% у 0-14-летних пациентов, с 4,34% до 1,46% у 15-17-летних и с 12,24% до 5,76% у 18-20-летних. В 1997 г. в группе 0-14 лет продолжилось снижение заболеваемости, но в группе 15-17 лет вновь произошло увеличение числа зарегистрированных больных до 2,68%, тоже в группе 18-20 лет - до 7,29%. В 1999 г. вновь отмечается подъем заболеваемости по всем возрастным группам, кроме группы 0-14 лет, где на фоне общего увеличения проявляется тенденция к снижению числа заболевших урогенитальным герпесом. В последующие 10 лет общие показатели продолжают снижаться по всем группам, однако в 2003 году имеет место увеличение числа зарегистрированных больных на 2,2% - группа 15-17 лет, в группе 18-20 лет - на 8,94%. По данным 2005 и 2008 года также выявлена тенденция роста по всем показателям, в том числе и общее число больных увеличилось на 11,4%.

Заболеваемость аногенитальными (венерическими) бородавками имеет тенденцию к увеличению по

сравнению с 1993 г. Что касается повозрастной характеристики, то следует отметить, что в группе 0-14 лет каждый год наблюдается волнообразная динамика - от 3 до 17 случаев. В то же время в возрастной группе 15-17 лет с 1994 г. отмечается постепенный рост, достигший пика в 2003 г., когда доля заболевших подростков составила - 6,99%.

За период 1993 по 2009 гг. при общем снижении показателей заболеваемости ИППП практически не меняется соотношение возрастных групп, оставаясь на уровне 3% для группы 15-17 лет и 9-10% - 18-20 лет.

Таким образом, на протяжении 15 лет с 1993 по 2009 гг., в г. Ставрополе отмечается положительная динамика уменьшения заболеваемости ИППП, среди лиц молодого возраста, соответствующая общей тенденции по РФ. Заметно снизились показатели по сифилису, гонорее, трихомониазом. Однако сохраняется нестабильная ситуация по хламидиозу, урогенитальному герпесу и аногенитальными бородавкам имеющая волнообразное течение.

Учитывая специфику инфекций, передаваемых половым путем, масштабы распространения, социальный состав больных, нравственное состояние больных, негативное воздействие на молодой организм необходимо определить приоритетные направления здравоохранения, которые включают в себя не только выявление, регистрацию и лечение ИППП, но и широкую научную пропаганду первичной профилактики среди молодежи.

ИДИОПАТИЧЕСКИЙ ПРОЛАПС МИТРАЛЬНОГО КЛАПАНА КАК ФАКТОР РИСКА РАЗВИТИЯ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ДИСПЛАЗИЯХ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

*Семенов В. Г., Бобровский И. Н., Максименко Л. Л., Бобровский О. Н., Филипенко П. С., Сумкина О. Б., Биджиева Ф. А., Гетман Н. В., Ивахникова И. Г., Бобровский Р. Н., Пиванова Н. Л., Максименко Е. В., Францева В. О., Шибков Н. А., Гетман Р. А., Титлакова Е. Н., Михайлова Ю. Н., Терентьев А. А.
ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

Исследования последних лет свидетельствуют в пользу того, в известном числе случаев патология молодого возраста объясняется наследственными аномалиями и заболеваниями соединительной ткани. Широкая распространенность дисплазий соединительной ткани среди лиц молодого возраста придает этой проблеме не только медицинскую, но и социальную значимость, ведь врожденные и/или наследственные дефекты соединительной ткани приводят к нарушениям жизненно важных функций организма, в осуществлении которых принимает собственно соединительная ткань.

Проявления наследственных дисплазий соединительной ткани (НДСТ) по фенотипу включают астеническое телосложение, низкую массу тела, гипермобильность суставов, нарушение осанки, деформации грудной клетки, относительное удлинение верхних конечностей, грыжи, повышенную растяжимость кожи, аномалии зубного ряда прикуса, миопия, готическое небо, «сандалевидная» щель стопы и др. [1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11]. К проявлениям ДСТ со стороны внутренних органов относят пролапсы клапанов сердца, геморрагический синдром, нарушения со стороны пищеварительного тракта, спланхноптоз, вегетативные проявления и др. [12, 13].

Среди СТД сердца центральное место по частоте выявления и клинической значимости центральное место занимают пролапс митрального клапана (ПМК) и аномально расположенная хорда левого желудочка (АХЛЖ), которые в подавляющем большинстве случаев сочетаются с другими фенотипическими признаками СТД.

По сведениям одних авторов, частота распространения ПМК среди населения различных стран, включая Россию, колеблется в пределах 3-10%. [14, 15, 16, 17]. По мнению других авторов популяционная частота ПМК в зависимости от используемых критериев диагностики составляет от 1,8% до 3,8%, однако большинство авторов указывают на 10-15%.

Клиническая картина дисплазий соединительной ткани определяется собственно патологией фибриллина и коллагена (первичный генез) с развитием аневризм сосудов, нарушением микроциркуляции, дивертикулезом внутренних полых органов, спонтанными разрывами легких, нарушением нервной и эндокринной систем, повышенной фрагментарностью ДНК и формированием вторичных нарушений: легкостью присоединения инфекции, высокой вероятностью развития опухолей, вегетативными и неврологическими расстройствами, нарушением ритма сердца, перистальтики полых органов. Логично ожидать, что для пациентов с дисплазиями соединительной ткани будут характерны и изменения желудочно-кишечного тракта (ЖКТ).

ЖКТ как один из «коллагенизированных» органов, неизбежно вовлекается в патологический процесс (Бабаян М. Л. Соединительная ткань и язвенная болезнь; Клеменов. Внекард. проявления. 2003). Одним из наиболее частых проявлений этого процесса является язвенная болезнь (ЯБ).