



ЗдравПлюс / ZdravPlus

ОБЕСПЕЧИВАЯ ДОСТУП К
КАЧЕСТВЕННОМУ МЕДИЦИНСКОМУ
ОБСЛУЖИВАНИЮ В ЦЕНТРАЛЬНОЙ АЗИИ

Интеграция лечения и профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП) на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане: применение результатов пилотных программ для разработки Национальной политики

Авторы:

Дэвид Бернс, Региональный директор программы по инфекционным заболеваниям,
ЗдравПлюс

Айнагуль Исакова, Директор Ассоциации групп семейных врачей Кыргызстана

Наталья Коновалова, Координатор программы по инфекционным заболеваниям,
ЗдравПлюс

Декабрь 2003

Бишкек, Кыргызская Республика



ФИНАНСИРУЕТСЯ:
АМЕРИКАНСКИМ АГЕНТСТВОМ
МЕЖДУНАРОДНОГО РАЗВИТИЯ (ЮСАИД)



ВЫПОЛНЯЕТСЯ:
АБТ. АССОУСИЭТС.ИНК
КОНТРАКТ №. 115-C-00-00-00011-00

Интеграция лечения и профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП) на первичном уровне здравоохранения в Кыргызстане: применение результатов пилотных программ для разработки Национальной политики

Авторы:

Дэвид Бернс, Региональный директор программы по инфекционным заболеваниям, ЗдравПлюс

Айнагуль Исакова, Директор Ассоциации групп семейных врачей Кыргызстана

Наталья Коновалова, Координатор программы по инфекционным заболеваниям, ЗдравПлюс

Декабрь 2003

Бишкек, Кыргызская Республика

Содержание

I. Благодарность.....	1
II. Краткий обзор.....	2
III. Резюме программы.....	3
А. Пилотный проект в г. Токмок.....	4
В. Пилотный проект в г. Жалалабад.....	4
С. Рекомендации.....	5
IV. Введение.....	7
V. Предпосылки: Лечение и профилактика ИППП.....	8
А. Обоснование.....	8
В. Профилактика.....	11
С. Основные преграды.....	12
VI. Методы.....	13
А. Токмок.....	13
В. Жалалабад.....	14
VII. Результаты.....	15
А. Токмок.....	15
В. Жалалабад.....	20
С. Рекомендации.....	28
VIII. Приложение 1:.....	32
IX. Сокращения.....	32

I. Благодарность

Мы хотим выразить свою благодарность Министерству здравоохранения Кыргызской Республики, Республиканскому Дерматовенерологическому Диспансеру, Ассоциации Групп Семейных Врачей Кыргызстана, Фонду Сорос в Кыргызстане и Целевой Группе Европейского Бюро ВОЗ по ИППП за поддержку и плодотворное сотрудничество в реализации этих пилотных программах. Особую благодарность хочется выразить Грэйс Хафнер и Шейле О’Дугерти за большой вклад в создание отчета по пилотной программе, проведенной в г. Токмок, а также Асте Марии Кенни за критический обзор материала.

II. Краткий обзор

Этот отчет суммирует результаты двух пилотных проектов, осуществленных с целью оценки возможности и экономической оправданности внедрения лечения и профилактики инфекций, передающихся половым путем (ИППП) в практику врачей первичного уровня здравоохранения. В советские времена существовала отдельная вертикальная система, основанная преимущественно на госпитальном подходе к лечению пациентов. Развитие в Кыргызской Республике прочного первичного звена системы здравоохранения предоставляет возможность сделать обслуживание пациентов с ИППП более доступным и экономически эффективным.

Этот отчет описывает результаты двух пилотных проектов по адаптации метода ВОЗ по синдромному подходу ведения пациентов с ИППП как основной модели профилактики и лечения на первичном уровне здравоохранения. Врачи групп семейной практики были обучены данному методу ведения пациентов с наиболее распространенными синдромами ИППП. Результаты показали, что пациенты действительно предпочитают обращаться за медицинской помощью по поводу трех основных синдромов ИППП в ГСВ и что оказание этих услуг на первичном уровне является экономически эффективным. Данный отчет также предлагает рекомендации по расширению программы на всю территорию Республики.

III. Резюме программы

Экономические и политические перемены, последовавшие за распадом Советского Союза в 1991г., спровоцировали серьезные социальные потрясения, как в Кыргызстане, так и в других республиках Центральной Азии. Результатом этого стал стабильный рост заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). В конце 90-х годов уровень заболеваемости начал стабилизироваться, но остается все еще очень высоким (см. Приложение 1).

Многие специалисты считают, что официальный показатель заболеваемости не отражает истинной картины. Они отмечают, что все большее количество пациентов с ИППП выпадают из поля зрения дерматовенерологических диспансеров, что значительно затрудняет осуществление мониторинга заболеваемости. При советской системе здравоохранения случаи диагностики, лечения и профилактики ИППП обеспечивались специальной вертикальной системой, в которую входили дермато-венерологические диспансеры и больницы.

Неофициальный опрос выявил, однако, тот факт, что многие пациенты в настоящее время получают медицинское обслуживание в частных анонимных клиниках или занимаются самолечением, следуя рекомендациям фармацевтов или друзей. Это явление могло бы частично объяснить стабилизацию уровня заболеваемости, так как официальная статистика учитывает пациентов дермато-венерологических диспансеров. Если так, то, фактически, рост заболеваемости может продолжать расти.

Зная об этой серьезной проблеме, Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики санкционировало проведение двух пилотных проектов, чтобы оценить возможность оказания врачами первичного уровня лечения и профилактики самых распространенных синдромов ИППП. В рамках реформ, проводимых в Кыргызстане, первичное звено системы здравоохранения было усилено и реформы были распространены по всей Республике. Недавно сформированные группы семейных врачей (ГСВ) оказывают широкий спектр медицинских услуг на базе одного медицинского учреждения, расположенного близко к месту проживания обслуживаемого контингента. Врачи ГСВ прошли краткий курс переподготовки в качестве семейных врачей и оказывают на практике некоторые виды медицинских услуг, которые ранее предоставлялись вертикальными системами, например, педиатрическая помощь, услуги в сфере репродуктивного здоровья и услуги пациентам, страдающим туберкулезом.

Два пилотных проекта, одобренных правительством имели первоочередную задачу оценить возможность успешной интеграции профилактики и лечения ИППП в практику групп семейных врачей (ГСВ). Этот подход мог бы расширить доступ населения к медицинскому обслуживанию по ИППП, и в то же время снизить его стоимость. В случае достижения успеха, это в свою очередь должно ограничить распространение ИППП и сократить количество осложнений, вызываемых этими инфекциями, включая мужское и женское бесплодие, внематочную беременность и смертность. Более того, в связи с тем, что ИППП повышают риск распространения ВИЧ, эта программа могла бы снизить распространение этой опасной для жизни инфекции.

Пилотные программы были проведены в двух районах Кыргызстана: в г.Токмок на севере республики и в г. Жалалабад на юге. В рамках пилотных программ было предоставлено лечение и профилактическое обслуживание для пациентов, страдающих тремя наиболее распространенными синдромами ИППП: «Выделения из влагалища», «Выделения из уретры» и «Генитальная язва». В обоих пилотных проектах был использован метод синдромального подхода ведения пациентов с ИППП, рекомендованный ВОЗ. Одним из основных преимуществ этого подхода является то, что для начала лечения не требуется результатов лабораторных анализов. В связи с тем, что значительная часть пациентов с ИППП не хочет ждать и/или приходит повторно на прием за результатами лабораторного обследования, незамедлительно начатое, в соответствии с

синдромальным методом подхода ВОЗ лечение, позволяет уменьшить число пациентов, выпадающих из поля зрения и дальнейшего медицинского наблюдения. Успешное лечение останавливает распространение инфекции и снижает или ликвидирует риск развития серьезных осложнений.

Данный отчет кратко описывает результаты этих пилотных проектов, рассматривает полученные уроки, обрисовывает возможные варианты для создания новой Национальной программы по лечению и профилактике инфекций, передающихся половым путем.

А. Пилотный проект в г. Токмок

За полгода внедрения программы, с марта по август 2002г. восемнадцатью врачами из шести ГСВ было принято более 1500 пациентов. Почти три четверти пациентов из общего количества (74,2%) были женщины, из которых 85,6% имели выделения из влагалища. Лишь 2,4% были осмотрены врачами исключительно по поводу генитальной язвы. Приблизительно такое же число пациенток (2,6%) было направлено к врачам в связи с тем, что у их половых партнеров имелись синдромы ИППП, оставшаяся часть пациенток была осмотрена по причине сочетания этих показаний. Основная часть мужчин (58,6%) была осмотрена в связи с жалобами на выделения из уретры. Следующим, наиболее распространенным среди мужчин, синдромом была генитальная язва (15,3%), Другая категория мужчин (12,6%) была направлена на лечение в связи с тем, что у их половых партнеров были синдромы ИППП или при сочетании этих признаков.

Образовательно-Информационная компания, проведенная до начала пилотной программы и во время ее, охватила широкую аудиторию, о чем свидетельствовало большое количество пациентов, принявших участие в этой программе. Однако, сравнительная оценка знаний населения об инфекциях, передающихся половым путем и ВИЧ/СПИД, до и после проведения пилота показала, что образовательно-информационная компания имела лишь частичный успех в формировании прочной и устойчивой осведомленности населения о путях заражения и преимуществах своевременного лечения ИППП. Более того, после первых трех месяцев проведения пилотной программы было замечено достаточно резкое снижение обращаемости пациентов. Данные результаты указывают на то, что эффективность проведения подобных компаний в будущем может быть усилена, если повторять их через каждые три месяца и/или сделать их более интенсивными. Возможно так же, что снижение обращаемости было обусловлено тем, что наиболее сексуально активная часть пациентов, страдающих ИППП, была успешно пролечена в ходе реализации программы, и тем самым снизился уровень распространения этих инфекций в сообществе.

Простой анализ экономической эффективности пилотной программы в г. Токмок, указал на то, что лечение врачами ГСВ трех, наиболее распространенных синдромов ИППП, является экономически эффективным, как для системы здравоохранения, так и для пациента. Тем не менее, является очевидным, что оплата медикаментозного лечения ИППП будет оставаться большой проблемой для многих пациентов в Кыргызстане. Для успеха любой национальной программы будет необходимо субсидировать оплату медикаментозного лечения для достаточно большого количества пациентов с ИППП.

В. Пилотный проект в г. Жалалабад

Пилотная программа в г.Жалалабад имела практически идентичные результаты. За первые шесть месяцев проведения программы, с ноября 2002 по апрель 2003 г, в ГСВ обратились 893 пациента. В связи с тем, что, по истечению этого периода, в распоряжении врачей ГСВ остались не использованные медикаменты, программа была продолжена. Таким образом, до 30 июня 2003 г. 1039 пациентов получили медицинское обслуживание по поводу одного или более синдромов ИППП, из них две трети (66,5%) были женщины. Сюда не включены данные о пролеченных половых партнерах указанных пациентов, так как по истечению первого месяца программы на

местном уровне было принято решение проводить лечение половых партнеров без заполнения отчетных форм. Это было сделано для того, чтобы снизить обеспокоенность несоблюдением конфиденциальности и, таким образом, увеличить количество пациентов, прошедших курс лечения. В течение первого месяца программы на каждые 100 пациентов с одним из трех ИППП синдромов было осмотрено около 5 половых партнеров. Большую часть этих пациентов составляли мужчины - половые партнеры женщин с ИППП синдромами (92.3%).

Данные по факторам риска были собраны для 245 пациентов, обратившихся в течение первого месяца пилотной программы, из них 175 женщин (71,4%) и 70 мужчин (28,6%). Около 1/3 мужчин (30,0%) и 1/5 женщин (20,6%) были моложе 25 лет; 52,9% и 44,0% соответственно были в возрасте от 25 до 34 лет; и 17,1% и 34,9% соответственно были в возрасте 35 лет и старше. Данные по факторам риска будут в дальнейшем анализироваться и сравниваться с результатами, полученными пилотной программой в г. Токмок.

Пациенты выразили высокую степень удовлетворенности уровнем оказанной медицинской помощи при ИППП, предоставленной врачами ГСВ в г. Жалалабад. Практически все 629 пациентов, заполнившие опросный лист перед уходом из поликлиники, оценили уровень проведенной консультации как «хороший» (36,6%) или «отличный» (61,7%). Пациенты, кроме того, дали высокую оценку осведомленности врачей ГСВ по проблемам ИППП, тому вниманию, которое они уделяли вопросам соблюдения конфиденциальности, проявленному такту и качеству предоставленной профилактической информации. Большинство опрошенных заявили, что они порекомендовали бы своим друзьям обратиться для лечения ИППП к врачам ГСВ. Однако, основной причиной по которой они решили обратиться для лечения ИППП к врачам ГСВ, подавляющее большинство опрошенных отметило наличие бесплатных медикаментов.

Оба пилотных проекта показали, что специалисты дерматовенерологи и врачи ГСВ могут работать координировано и коллегиально. Хотя врачи ГСВ могут охватить большинство пациентов, страдающих ИППП, осложненные и трудные в диагностике случаи, а так же пациенты с синдромами ИППП, не включенными в рамки пилотной программы, были направлены на лечение к дерматовенерологам. К этой группе пациентов были отнесены и беременные женщины с генитальной язвой, так как однократная терапевтическая доза для сифилиса не всегда адекватна. Таким образом, определенное количество дерматовенерологов всегда будет необходимо для категории пациентов с более сложными в диагностике и лечении симптомами.

Были выявлены очевидные преграды для успешной разработки национальной программы по лечению ИППП во время внедрения пилотной программы в обоих городах. Нагрузка на врача ГСВ быстро увеличивается, а заработная плата не изменяется. Новые обязанности, возложенные на врача ГСВ, включают в себя ведение пациентов детского возраста, решение вопросов репродуктивного здоровья, поддержка компонентов национальной программы по туберкулезу и другие новые программы. Эти мероприятия необходимы для улучшения качества медицинского обслуживания, но они не могут быть выполнены без дополнительных затрат рабочего времени и других ресурсов. В неформальной беседе врачи ГСВ сказали, что, несмотря на то, что они очень рады расширить свой клинический опыт и предложить пациентам новые виды услуг, они не могут справиться с возрастающими требованиями. Они объяснили, что это связано в большей мере с тем, что сегодняшний уровень заработной платы вынуждает их искать дополнительный заработок.

С. Рекомендации

- Принять синдромный метод ВОЗ в качестве первичной модели профилактики и лечения ИППП;
- Обучить врачей ГСВ, также как и урологов, гинекологов и дерматовенерологов этому методу для ведения наиболее распространенных синдромов ИППП;

- Следует распечатать и распределить лечебные руководства по ИППП среди врачей, участвующих в программе по ИППП;
- Следует разработать и внедрить в систему эпидемиологического надзора анонимные формы отчетности по ИППП;
- Регулярно собирать и анализировать новые эпидемиологические данные;
- Следует создать национальную комиссию для проведения мониторинга и оценки эффективности;
- Ввести в практику прозрачный метод сооплаты за предоставляемые медицинские услуги, а также обеспечить бесплатными медикаментами пациентов, неспособных заплатить за них.

IV. Введение

За последние 30-40 лет уровень заболеваемости и распространенности инфекций, передающихся половым путем (ИППП) резко возрос по всему миру. В западных странах, таких как Соединенные Штаты Америки, в 1960-х и 1970-х годах уровень заболеваемости многими ИППП увеличился в несколько раз. Хотя, в начале 1980-х после развития эпидемии ВИЧ/СПИД этот уровень незначительно снизился, он остается достаточно высоким. Эксперты, работающие в области Общественного здравоохранения, признали необходимым проводить программы по исследованию эпидемиологической ситуации и профилактике ИППП для того, чтобы остановить дальнейший рост этих инфекций.

Экономические и политические перемены, последовавшие за распадом Советского Союза в 1991г., спровоцировали серьезные социальные потрясения, как в Кыргызстане, так и в других республиках Центральной Азии. Одним из результатов этого стал стабильный рост заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем (ИППП). В конце 90-х годов уровень заболеваемости начал стабилизироваться, но остается все еще очень высоким (см. Приложение 1).

Многие специалисты считают, что официальный показатель заболеваемости не отражает истинной картины. Они отмечают, что все большее количество пациентов с ИППП выпадают из поля зрения дерматовенерологических диспансеров, что значительно затрудняет осуществление мониторинга. В период существования Советского Союза выявление, лечение и профилактика ИППП среди амбулаторных пациентов проводилась в рамках специализированной вертикальной системы, состоящей из дерматовенерологических диспансеров, расположенных, главным образом, на районном уровне, связанных с ними лабораторий и отдельно стоящих дерматовенерологических стационаров, чаще всего расположенных на областном уровне. Пациенты, с подозрением на ИППП, получали всё необходимое медицинское обслуживание в рамках этой специализированной системы. Госпитализация была довольно широко распространена. Многие клинические состояния, начиная от латентного сифилиса и заканчивая гонококковым артритом, лечились в стационарных условиях. Неофициальный опрос выявил то, что многие пациенты в настоящее время получают медицинское обслуживание в частных анонимных клиниках или занимаются самолечением, следуя рекомендациям фармацевтов или друзей. Это явление могло бы частично объяснить стабилизацию уровня заболеваемости. Если так, то, фактически, рост заболеваемости может продолжать расти.

Зная об этой серьезной проблеме, Министерство Здравоохранения Кыргызской Республики санкционировало проведение двух пилотных проектов, чтобы оценить возможность оказания врачами первичного уровня лечения и профилактики самых распространенных синдромов ИППП. В рамках реформ, проводимых в Кыргызстане, первичное звено системы здравоохранения было усилено и эти реформы были распространены по территории всей Республики. Недавно сформированные группы семейных врачей (ГСВ) оказывают широкий спектр медицинских услуг на базе одного медицинского учреждения, расположенного близко к месту проживания обслуживаемого контингента. Врачи ГСВ прошли краткий курс переподготовки в качестве семейных врачей и оказывают некоторые виды медицинских услуг, которые ранее предоставлялись специалистами узкого профиля, например, педиатрические услуги, услуги в сфере репродуктивного здоровья, некоторые услуги пациентам, страдающим туберкулезом. ГСВ также имеют свой отдельный бюджет и значительную автономию, позволяющую им решать какие виды услуг предоставлять и как эксплуатировать помещения и оборудования.

В случае успеха, этот подход мог бы расширить доступ населения к медицинскому обслуживанию по ИППП, и в то же время снизить его стоимость. Это в свою очередь должно ограничить распространение ИППП и сократить количество осложнений, вызываемых этими инфекциями, включая мужское и женское бесплодие, внематочную беременность и смертность. Более того,

было доказано, что ИППП повышают риск заражения ВИЧ, эта программа могла бы снизить распространение этой опасной для жизни инфекции.

Пилотные программы были проведены в двух районах Кыргызстана: в г.Токмок на севере республики, менее чем в 60 километрах от столицы, г. Бишкек, и в г. Жалалабад, втором по величине городе на юге страны. В рамках пилотных программ было предоставлено лечение и профилактическое обслуживание пациентам, страдающим тремя наиболее распространенными синдромами ИППП: «Выделения из влагалища», «Выделения из уретры» и «Генитальная язва»¹. В обоих пилотных проектах был использован метод синдромального подхода ведения пациентов с ИППП, рекомендованный ВОЗ. Одним из основных преимуществ этого подхода является то, что для начала лечения не требуется результатов лабораторных анализов. В связи с тем, что значительная часть пациентов с ИППП не хочет ждать и/или приходить повторно на прием за результатами лабораторного обследования, незамедлительно начатое, в соответствии с синдромальным подходом ВОЗ лечение, позволяет уменьшить число пациентов, выпадающих из поля зрения и дальнейшего медицинского наблюдения. Успешное лечение останавливает распространение инфекции и снижает или ликвидирует риск развития серьезных осложнений.

Следует заметить, что ВОЗ ни в коем случае не возражает против проведения лабораторных анализов. Для разработки менее дорогостоящих и более надежных методов лабораторных исследований при ИППП частными и государственными учреждениями было основано международное партнерство «Диагностическая инициатива ИППП». Однако, маловероятно, что в ближайшем будущем Кыргызстан сможет получить какие-либо преимущества от этой программы. На данный момент ВОЗ настоятельно предостерегает против необоснованной задержки начала лечения, которая может увеличить степень распространения инфекции, количество пациентов с серьезными осложнениями и перенаправить необходимые финансовые средства в противоположную от лечения и профилактики сторону.

В то же время, в тех случаях, когда лабораторные анализы могут быть выполнены быстро, качественно и не дорого, их проведение может оказаться очень полезным. В связи с тем, что пациент, страдающий ИППП, рассматривается как относящийся к группе повышенного риска заражения другими ИППП, мы рекомендовали бы проводить скрининговые тесты на сифилис каждому такому пациенту. Более того, каждому пациенту следует проводить консультирование и предлагать обследование на ВИЧ/СПИД. Для того, чтобы подтвердить адекватность этиологических данных синдромального лечения и оценить потенциально важные тенденции, которые могут повлиять на лечение, следует провести несколько лабораторных тестирований в контрольных эпидемиологических районах.

В этом отчете содержится базовая информация о стратегии лечения и профилактики ИППП, о результатах проведения двух пилотных программ, а также рассматривается возможность применения этих результатов в создании новой национальной политики.

V. Предпосылки: Лечение и профилактика ИППП

Некоторые факторы, как указано ниже, оказывают влияние на распространение ИППП. Очень важно учесть значение этих факторов при разработке и внедрении национальной программы по лечению и профилактике ИППП, учитывая опыт пилотных программ в г.г. Токмок и Жалалабад.

A. Обоснование

Очень сложно переоценить важность контроля за распространением ИППП. Хорошо известен фатальный исход, который обычно следует за инфицированием вирусом иммунодефицита

¹ Другие синдромы ИППП, а также более сложные случаи заболеваний, такие как беременные женщины с генитальной язвой, были направлены на лечение к гинекологам, урологам, дерматовенерологам

человека типа 1 (**ВИЧ**), но далеко не всегда признается то серьезное влияние, которое имеют другие ИППП. Например, цервициты, вызванные гонококками и *Chlamydia trachomatis*, тесно связаны с развитием воспаления органов малого таза (ВЗОМТ), состояния, причиняющего значительную боль, которое зачастую требует госпитализации пациентки. У 30% женщин с ВЗОМТ в последствии развиваются трубно-яичниковые абсцессы. Около 20% станут бесплодными по причине развития грубого спаечного процесса в фаллопиевых трубах. Женщины, забеременевшие после перенесенных ВЗОМТ, имеют в 7-10 раз выше риск развития внематочной беременности, которая, в свою очередь, имеет тесную связь с развитием спонтанных аборт, кровотечений и высокого уровня материнской смертности. Уретриты, вызванные гонококками или *Chlamydia trachomatis*, снижают способность к зачатию также и у мужчин.

Возможно развитие и других серьезных осложнений у пациентов с ИППП. Помимо ВЗОМТ, наличие **хламидийного цервицита** у матери может вызвать развитие конъюнктивита и пневмонии у новорожденного, инфицированного во время родов. Что может привести к развитию слепоты или даже к смерти младенца. Известно о связи **гонорейного инфицирования** и развитии артрита, эндокардита и менингита. **Сифилис** на протяжении уже многих лет ассоциируется с развитием недоразвитием черепно-мозговых нервов, увеита, ирита, менингита, инсульта, аортита, аневризмы аорты, парезов, психозов и деменции. **Генитальный герпес** может вызвать внутриматочное инфицирование плода, развитие герпетического энцефалита новорожденного, диссеминированной герпетической инфекции, что сопровождается очень высоким уровнем смертности среди новорожденных. Инфицирование **вирусом папилломы человека** (ВПЧ) связано с развитием рака шейки матки. Уже давно установлена связь между инфицированием **ВИЧ** и постепенной деструкцией иммунной системы, развитием оппортунистических инфекций и смертью.

Для разработки ряда эффективных мер лечения и профилактики ИППП необходимо сформулировать несколько ключевых принципов. **Во-первых**, хотя ИППП вызываются более чем 25 патогенными микроорганизмами и вирусами, все они проявляются ограниченным числом характерных клинических синдромов, которые обычно могут быть излечены эмпирически. Наиболее часто встречаемыми синдромами являются выделения из влагалища, выделения из уретры и генитальная язва. Даже в тех случаях, когда возможно установление этиологического фактора, синдромальная терапия, в целом, является более эффективной для предупреждения дальнейшего распространения инфекции (описано ниже). **Во-вторых**, женщины несоразмерно чаще подвергаются воздействию ИППП и требуют особенно тщательной медицинской оценки (осмотра). Многие ИППП легче передаются от мужчины к женщине, чем от женщины к мужчине. Более того, у женщин инфекции чаще протекают бессимптомно и многие диагностические тесты менее чувствительны у женщин, чем у мужчин. В целом, у женщин чаще развиваются серьезные осложнения, включая воспалительные заболевания, внематочную беременность, рак шейки матки и другие, упомянутые выше. И наконец, инфицирование матери подвергает высокому риску развития серьезных, а порой и смертельных, заболеваний новорожденного.

В-третьих, как и в случае других инфекционных заболеваний, своевременное лечение само по себе уже является профилактикой. Подавляющая часть ИППП может быть искоренена при использовании короткого курса лечения. В большинстве случаев применение однократной дозы лекарственного препарата является достаточным. Всегда, когда это возможно, необходимо наблюдать за точностью выполнения назначений. Половых партнеров пациентов следует оповещать, осматривать и, конечно же, как можно раньше начинать лечение.

В-четвертых, возникла острая необходимость в разработке всесторонней стратегии общественного здравоохранения. Она должна включать в себя непрерывную информационно-образовательную кампанию через средства массовой информации; легкий доступ населения к обследованию; консультирование и лечение; оповещение партнеров; осмотр и лечение; мониторинг и оценку.

Активный вклад в эту работу должен быть сделан на уровне первичного звена здравоохранения, что позволит обеспечить конфиденциальность медицинского обслуживания. Это особенно важно для уязвимых слоев населения – молодежь и половые партнеры людей из групп повышенного риска (например, жены водителей- дальнобойщиков, мужчин часто обращающихся к услугам проституток; половые партнеры инъекционных наркоманов и т.д.). Таким образом, привлечение к этой работе врачей ГСВ является первоочередной задачей.

Однако, успешная стратегия также должна уделять достаточно внимания и людям, относящимся к группам повышенного риска, которые несут основную ответственность за распространение этих инфекций (т.н. «ядро распространения»). Основная гипотеза передачи инфекции от «ядра распространения» к другим участникам общества первоначально была разработана для гонореи, но та же модель может быть применима и для остальных ИППП. «Ядро распространения» является той частью населения, где принято сексуальное поведение повышенного риска, поддерживающее эпидемический характер распространения ИППП. Формула, приведенная ниже, объединяет ключевые факторы, вовлеченные в этот процесс:

$$R_0 = \beta cD$$

где:

R₀ - уровень воспроизведения инфекции, определенный как число новых случаев инфекции возникших среди населения. Таким образом, если **R₀ < 1.0**, значит, что уровень распространенности ИППП снижается; если **> 1.0**, уровень растет; а если **= 1.0**, мы имеем стабильный уровень распространенности ИППП.

β – заразность микроорганизма или вируса, т.е. вероятность того, что произойдет заражение в случае однократного полового контакта между инфицированным и восприимчивым человеком. Для большинства ИППП этот показатель варьирует в пределах 20%-50% для гетеросексуального влагалищного полового акта. К счастью, **β** для ВИЧ составляет в общем 1-2% и меньше. Однако, этот показатель может быть выше для некоторых видов сексуального поведения по сравнению с другими (например, незащищенный анальный половой акт). Более того, риск возрастает в 2-3 раза в случае наличия у человека других ИППП, что вероятнее всего объясняется наличием воспаления и других факторов, которые облегчают передачу ВИЧ. (ПРИМЕЧАНИЕ: при использовании инъекционных наркотических средств вероятность передачи ВИЧ во много раз выше – **β** может составлять 50% и более в случае общего использования загрязненных игл и шприцев).

c - частота половых актов между инфицированным и восприимчивым человеком. Это первоначально определяется сменой половых партнеров. Таким образом, в случае поддержания моногамных половых связей этот показатель упадет до нуля, и эпидемия будет остановлена.

D - средняя продолжительность инфекции от момента заражения до благополучного излечения, спонтанного разрешения процесса или смерти.

Эти факторы предлагают пути, по которым различные виды вмешательств могут повлиять на развитие эпидемии. Барьерные контрацептивы, такие как презервативы, снижают β путем уменьшения степени инфицирования восприимчивого партнера от инфицированного партнера. Образование и консультирование может способствовать приверженности моногамным половым связям и уменьшать число новых половых партнеров, снижая тем самым c .

Для большинства ИППП активное выявление случаев инфицирования (например, оповещение половых партнеров) и раннее начало лечения может снизить D .

Эта формула может быть использована для объяснения разницы в темпах распространении эпидемий различных ИППП. Например, D имеет достаточно низкий показатель при гонорее, от нескольких дней до недель, что связано с быстрым развитием симптоматики и, что вероятнее всего, приводит к раннему началу лечения. Таким образом, для распространения гонорей необходима высокая частота смены половых партнеров (c). С другой стороны, **Генитальный герпес** персистирует на протяжении многих лет, а порой всей жизни. При таком высоком показателе D , распространение инфекции может быть длительным даже при низкой частоте смены половых партнеров и сравнительно низкой β . В результате, однажды появившись, эта инфекция имеет тенденцию стать достаточно часто встречаемой среди населения в целом. Хламидиоз и другие ИППП находятся посередине между этими двумя инфекциями, имеющими крайние степени характеристик инфекционного процесса.

В. Профилактика

Понимание механизмов распространения ИППП предлагает несколько стратегий профилактики, некоторые из которых были уже упомянуты выше. Каждая стратегия может дополнять другие, таким образом, максимальный эффект может быть достигнут в том случае, когда стратегии используются в комбинации. Например, как было замечено, оповещение половых партнеров и лечение снижают показатель D . Несколько исследований, однако, показали, что даже те программы, которые используют очень активное оповещение половых партнеров, добивались не более 40% обращений на лечение среди мужчин, половых партнеров женщин, страдающих гонорей или хламидиозом. Для повышения эффективности необходимо распространение информации по каналам общественного здравоохранения, а так же применение других превентивных стратегий, нацеленных на данную группу населения.

Для того, чтобы быть успешными информационно-образовательные компании должны постоянно отслеживать и учитывать поведение групп высокого риска. Это поведение может значительно отличаться в различных странах, регионах и целевых группах населения. В результате, профилактическая информация, высоко эффективная в одном сообществе, может потребовать модификаций для поддержания столь же высокой результативности в других условиях. Поэтому, периодически следует проводить анонимное обследование поведения групп повышенного риска, как в уязвимых слоях, так и среди «целевых групп» населения. При анализе данных очень важно учитывать большое значение «проводниковых» групп, таких как работники коммерческого секса (проститутки), так как они представляют основной путь передачи инфекции от «целевых групп» к уязвимым слоям населения.

Как только результаты исследования поведения групп высокого риска становятся доступными, они должны быть тщательно проанализированы. Используя эти данные, следует внимательно рассмотреть возможные варианты новой стратегии профилактики. Например, если возрастающее число женщин с ИППП, указывает на то, что их мужья часто посещают казино (не указывая другие факторы риска), то вероятная стратегия профилактического вмешательства должна включить в себя размещение в казино плакатов и брошюр, посвященных профилактике ИППП, разработку программ по снижению риска заражения для работников коммерческого секса, обслуживающих эту зону (включая рекомендации о том, как убедить клиентов пользоваться презервативами и т.д.). Следует также обеспечить доступное бесплатное лечение ИППП в близлежащих районах.

Подобные исследования должны проводиться регулярно в каждой целевой группе населения для того, чтобы со временем оценить тенденции в изменении поведения. Эти текущие изменения могут привести к появлению значительных различий в факторах риска у пациентов, недавно заразившихся ИППП и у длительно болеющих. Некоторые из этих изменений фактически являются результатом успешно проведенных профилактических программ. Для поддержания эффективности профилактических программ по профилактике ИППП может потребоваться их регулярное обновление.

Очень важно понимать, что такие программы будут эффективно работать только в том случае, если они не будут иметь карательного уклона. Принудительная изоляция и другие наказания могут прервать распространение инфекции на короткий период времени в пределах небольшой группы людей, зато большая часть основных источников передачи инфекции станет недоступной. Будет потеряно доверие, что в свою очередь сделает сложным или даже невозможным получение достоверной информации о поведении групп повышенного риска.

Стратегия по лечению и профилактике основных ИППП среди групп населения, относящихся к основным переносчикам инфекций, близка по структуре к стратегии по профилактике ВИЧ/СПИД. Интеграция этих программ может оказаться экономически выгодной и повысить их результативность. Такие интегрированные программы должны быть направлены на уязвимые слои населения и сделать основной акцент на ИППП.

С. Основные преграды

Ниже перечисленные «неразрешенные проблемы» были определены в 2001 году на заседании ВОЗ, в котором Кыргызстан принял полноправное участие². Эти проблемы должны быть преодолены, в случае успешной реализации новой национальной программы по профилактике и лечению ИППП.

- Неадекватный эпиднадзор, особенно среди групп риска;
- недостаточно полный охват бесплатной помощью, в первую очередь среди групп риска и социально-незащищенных слоев населения;
- низкий уровень санитарной культуры населения;
- низкий уровень полового воспитания населения;
- недостаточный уровень первичной профилактики, особенно в группах риска;
- рост коммерческого секса (проституция);
- низкое качество лабораторной помощи; низкие возможности по диагностике ИППП в лабораториях вне крупных городов и центров; недостаточная обеспеченность современными диагностическими средствами;
- недостаточное финансирование системы здравоохранения; ухудшение материальной/технической базы дерматовенерологической службы из госуд. бюджета;

² «Перспективные пути подхода общественного здравоохранения к профилактике и лечению ИППП в странах Восточной Европы и Центральной Азии», Германия, Берлин 11-13 октября 2001; Документ ВОЗ: EUR/02/5031803_ORIGINAL: ENGLISH_E76285

- низкое качество лечения и диагностики не-гонококковых заболеваний мочеполовой системы;
- рост числа врожденного сифилиса;
- рост заболеваемости среди сельского населения, среди неработающей части населения и других, труднодоступных для профилактики и лечения групп;
- отсутствие единых подходов и преемственности в отношении ведения больных с ИППП среди специалистов различных служб.

Еще одно препятствие на пути успешного интегрирования лечения и профилактики ИППП на первичный уровень медицинской помощи составляет стремительно возрастающая нагрузка на врачей ГСВ. Настоящий уровень заработной платы, вынуждающий их искать вторую работу, поэтому, желательно изыскать возможные формы вознаграждения за дополнительную нагрузку.

VI. Методы

А. Токмок

Пилотная программа для г. Токмок была разработана и внедрена сотрудниками Республиканского Кожно-венерологического Института (РКВИ), Ассоциации Групп Семейных Врачей (АГСВ) Кыргызской Республики и проекта *ЗдравПлюс*, финансируемого ЮСАИД и реализуемого Абт Асс. Инк. Первоначальный план основывался на опыте проведения подобной программы в г. Джезказган, республики Казахстан, подготовленной и реализованной сотрудниками *ЗдравПлюс*, ВОЗ, Национального Дерматовенерологического Института и врачами ГСВ г. Джезказган с октября 1999 по май 2000 г. Этот пилотный проект показал, что вовлечение семейных врачей в обслуживание пациентов с ИППП, включая профилактику и лечение, может привести к достижению следующих результатов: во-первых, облегчить доступ населения к эффективному и доступному по цене медицинскому обслуживанию по ИППП; и, во-вторых, снизить в целом стоимость обслуживания пациентов с ИППП³.

Для проведения независимой, беспристрастной оценки уровня осведомленности населения г. Токмок об ИППП и ВИЧ, отношения к этим заболеваниям и, бытующих среди населения представлений, был заключен договор с Центром Изучения и Прогнозирования Общественного Мнения. Опрос населения первоначально был проведен в сентябре 2001 г и повторно – по истечении 1 года, в сентябре 2002 г. В обоих случаях применялись идентичные методы и формы опроса.

Обучение врачей ГСВ и дермато-венерологов по синдромальному подходу ВОЗ, принимавших участие в пилоте, было проведено в г. Токмок с 10 по 14 декабря 2001 г. В общей сложности 26 врачей прошли обучение. В состав участников дополнительно входили представители Республиканского Дерматовенерологического Института, Кыргызского Государственного Медицинского Института Переподготовки и Повышения Квалификации, Института Репродукции Человека. Семинар был проведен двумя преподавателями из клиники «САНАМ» г. Москвы, с использованием учебных материалов ВОЗ «Тактика Синдромного Ведения Пациентов с ИППП».

ЗдравПлюс и Национальный Центр Укрепления Здоровья подготовили Рекламно-Информационную компанию в тесном сотрудничестве с АГСВ и другими организациями.

³ Рейднер Г. Отчет по проекту «Интеграция профилактики и лечения ИППП в систему Групп Семейных Врачей в г. Джезказган», Май 2000 (полный отчет может быть предоставлен по специальной заявке)

Составными компонентами были беседы в школах и местах скопления людей, проведенные врачами, участвовавшими в пилотной программе; распространение листовок и брошюр в школах, институтах, открытых рынках и поликлиниках; расклеивание плакатов на автобусных остановках, в школах, институтах, поликлиниках. В газетах была опубликована информация о ГСВ (адреса, номера телефонов), участвовавших в пилотной программе.

У пациентов, участвовавших в этой программе, собирали информацию для анализа факторов риска по ИППП (тех факторов, для которых, в ранее выполненных исследованиях, была выявлена тесная связь с ИППП). Этот сбор информации был проведен с соблюдением принципов анонимности – в отчетных формах, разработанных для пилотной программы, отсутствовала какая-либо идентифицирующая информация о пациенте. Эти формы были одобрены всеми пациентами и Национальным Комитетом по Этике до начала исследования.

Финансовые средства для проведения пилотной программы в г. Токмок были выделены Фондом Сорос через АГСВ и ЮСАИД через *ЗдравПлюс*.

В. Жалалабад

Методы, использованные для Жалалабадского пилотного проекта, были идентичны методам, описанным выше для Токмока. Обучение врачей ГСВ и дерматовенерологов, принимавших участие в пилоте, по методике синдромального лечения ИППП, рекомендованной ВОЗ, было проведено в г. Жалалабад 2-6 сентября 2002. В общей сложности 29 врачей прошли обучение. В составе группы участников было 14 врачей ГСВ из г.Жалалабад, врачи дерматовенерологи, принимающие участие в реализации пилотной программы, один представитель жалалабадского офиса АГСВ, в последствии местный координатор, прежде не проходившая обучение по этой программе. Дополнительно в группу входили восемь представителей Учебных Центров Семейной Медицины (УЦСМ) со всей Республики, четыре врача дерматовенеролога из Узбекистана и два из Таджикистана. Координатор АГСВ была включена в состав участников семинара для того, чтобы она могла в последствии принять участие в проведении мониторинга и оценки жалалабадской пилотной программы. Ассистенты УЦСМ были обучены для того, чтобы, в случае внедрения программы по всей Республике, они были подготовлены и смогли внедрить этот учебный материал в процесс обучения врачей ГСВ. Узбекские и таджикские врачи были приглашены после того, как институты и агентства этих стран проявили большую заинтересованность пилотными программами в Кыргызстане.

Позже, 7 сентября, 14 врачей остались на дополнительный однодневный семинар для преподавателей (тренинг тренеров). Первоочередной задачей этого семинара было представить участникам дополнительные источники информации для обучения врачей первичного уровня здравоохранения методу синдромного подхода к лечению и профилактики ИППП, а также разработать «наилучшую практику» в обучении врачей ГСВ в странах и областях, заинтересованных в этом.

Два курса были проведены национальными сотрудниками и сотрудниками программы *ЗдравПлюс*, кто был ранее обучен в г. Токмок московскими тренерами из клиники «САНАМ». Полное описание обоих курсов, включая результаты тестирования участников до и после обучения, могут быть предоставлены по первому требованию. Все доктора, принимавшие участие в пилоте также сдавали экзамен после 3 месяцев работы. Этот экзамен проводился для того, чтобы выявить слабые места в знаниях врачей. Однако, средний балл был очень хорошим (90 баллов).

Так же как и для пилотной программы в г. Токмок, *ЗдравПлюс* и Национальный Центр Укрепления Здоровья в тесном сотрудничестве с АГСВ и другими организациями подготовили Рекламно-Информационную компанию. Составными компонентами были беседы в школах и местах скопления людей, проведенные врачами, участвовавшими в пилотной программе; распространение листовок и брошюр в школах, институтах, открытых рынках и поликлиниках;

расклеивание плакатов на автобусных остановках, в школах, институтах, поликлиниках. В газетах была опубликована информация о ГСВ (адреса, номера телефонов), участвовавших в пилотной программе, выпущен пресс-релиз, местными телевизионными станциями проведены интервью с организаторами и участниками программы.

Для сравнения результатов, полученных в двух пилотных программах, было решено собрать информацию о факторах риска у обратившихся пациентов в течение первого месяца программы, около 50 пациентов в каждом ГСВ. Информация собиралась при полном соблюдении анонимности – никакая идентифицирующая пациента информация не запрашивалась. Анонимно было проведено исследование по удовлетворенности пациентов. Заполняемые анкеты были идентичны тем, которые использовались в г.Токмок. У пациента, перед тем как включить его в пилотную программу, получали согласие на участие. Прежде чем были начаты эти пилотные программы в г.г. Токмок и Жалалабад, Национальный комитет по этике одобрил формы и дизайн исследования в целом.

Финансирование пилотной программы было осуществлено Европейским Бюро ВОЗ по ИППП через АГСВ и программой ЮСАИД/ЗдравГлос.

VII. Результаты

A. Токмок

За полгода внедрения программы, с 3 марта по 30 августа 2002г, более 1500 пациентов было принято врачами ГСВ. Этим пациентам принимали 18 врачей из шести ГСВ, включая три ГСВ Центра Семейной Медицины г. Токмок (ГСВ №1, №2, №3) и три ГСВ, расположенные на базе больниц (№1, №2, №3). Сотрудники последних трех ГСВ обслуживают жителей районов, прилегающих к г. Токмок, и сельской местности. В случае необходимости пациентов осматривали 2 дерматовенеролога из ГСВ, расположенных в больницах и городское ГСВ № 1 .

За время проведения пилотной программы были собраны клинические данные на 1545 пациентов. Из общего количества пациентов 1146 (74,2%) были женщины и 399 (25,8%) мужчины. Около 30% мужчин и 27% женщин были в возрасте до 25 лет; 41,9% и 39,0%, соответственно, относились к возрастной группе от 25 до 34 лет и 28,5% и 33,3% , соответственно, были старше 35 лет (Табл. 1).

Таблица 1. Пациенты, включенные в пилотную программу в г. Токмок; распределение по возрасту и полу.

Возраст	Мужчины 25,8%		Женщины, 74,2%		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<20	33	8,3	79	6,9	112	7,2
20-24	83	20,8	234	20,4	317	20,5
25-29	77	19,3	238	20,8	315	20,4
30-34	90	22,6	208	18,2	298	19,3
35-39	52	13,0	142	12,4	194	12,6
>40	62	15,5	239	20,9	301	19,5
ВНУ	2	0,5	6	0,5	8	0,5
Всего	399	100,0	1146	100,0	1545	100,0

ВНУ= Возраст не указан.

Как видно из Таблицы 2, подавляющее большинство женщин (85,6%) имели выделения из влагалища без сопутствующих жалоб. Значительно меньшее количество пациенток имели выделения из влагалища в сочетании с генитальной язвой (3,0%) или генитальную язву в сочетании или без других жалоб (2,6%). Остальные женщины были осмотрены врачами в связи с тем, что у их половых партнеров имелись выделения из уретры, генитальная язва или другие жалобы. Основная часть мужчин (58,6%) была осмотрена в связи с жалобами на выделения из

уретры. Следующим, наиболее распространенным среди мужчин, синдромом была генитальная язва (15,3%), далее следует генитальная язва в сочетании с выделениями из уретры (2,5%). Остальные мужчины были осмотрены врачами в связи с тем, что у их половых партнеров были выделения из влагалища, генитальная язва или другие жалобы.

Таблица 2. Распространенность синдромов ИППП среди пациентов, включенных в пилотную программу в г. Токмок.

Синдром	Мужчины	%	Женщины	%	Всего	%
Выделения из уретры (ВУ)	234	58,6	0	0,0	234	15,1
Выделения из влагалища (ВВ)	0	0,0	981	85,6	981	63,5
Генитальная язва (ГЯ)	61	15,3	28	2,4	89	5,8
Половой партнер пациента с ВВ (ПП/ВВ)	45	11,3	0	0,0	45	2,9
Половой партнер пациента с ВУ (ПП/ВУ)	0	0,0	10	0,9	10	0,6
Половой партнер пациента с ГЯ (ПП/ГЯ)	5	1,3	19	1,7	24	1,6
ВУ+ГЯ	10	2,5	0	0,0	10	0,6
ВУ+ПП/ВВ	21	5,3	0	0,0	21	1,4
ВУ+ПП/ГЯ	3	0,8	0	0,0	3	0,2
ВУ+ПП/ВВ+ПП/ГЯ	0	0,0	0	0,0	0	0,0
ВВ+ГЯ	0	0,0	33	2,9	33	2,1
ВВ+ПП/ВУ	0	0,0	43	3,8	43	2,8
ВВ+ПП/ГЯ	0	0,0	7	0,6	7	0,5
ВВ+ПП/ВУ+ПП/ГЯ	0	0,0	3	0,3	3	0,2
ГЯ+ПП/ГЯ	2	0,5	1	0,1	3	0,2
ГЯ+ПП/ВУ+ПП/ГЯ	0	0,0	1	0,1	1	0,1
ВВ+ГЯ+ПП/ГЯ	0	0,0	1	0,1	1	0,1
ПП/ВВ+ПП/ГЯ	1	0,3	0	0,0	1	0,1
Нет синдрома	17	4,3	19	1,7	36	2,3
Всего	399	100,0	1146	100,0	1545	100,0

1. Компания по оценке осведомленности населения

Образовательно-Информационная компания, проведенная до начала и во время пилотной программы, охватила широкую аудиторию. Участвовавшие в пилотной программе врачи, соревновались между собой по охвату как можно больше населения на различных собраниях. Тем, кто показал самые лучшие результаты, были вручены призы. В средствах массовой информации были освещены основные мероприятия этой пилотной программы, обучающий семинар и пресс-конференция. Распространение листовок, брошюр в школах, институтах, ГСВ и местах скопления людей было воспринято положительно.

Большое количество пациентов, принявших участие в этой пилотной программе, указывают на то, что образовательно-информационная компания была достаточно успешной. Однако, результаты независимой оценки осведомленности населения об ИППП и ВИЧ, проведенной Центром Изучения и Прогнозирования Общественного Мнения до начала и в конце пилотной программы, указывают определенные пути улучшения подобных компаний в будущем. Опрос населения был направлен на четыре целевые группы, такие как, студенты школ и институтов, водители, работники рынка и группа, отобранная среди общего городского населения в возрасте до 50 лет. Отдельно подготовленный отчет суммирует и сравнивает результаты этих двух опросов⁴.

Исследования, проведенные после внедрения проекта, показали лучшие знания по ИППП среди студентов высших учебных заведений по сравнению с другими группами. Не увеличилось количество респондентов, которые бы сказали, что пойдут лечиться по поводу ИППП к врачу

⁴ Центр изучения и прогнозирования общественного мнения (Бишкек, Кыргызстан). Результаты исследования осведомленности населения о методах профилактики ИППП, включая ИППП и ВИЧ, проведенного в Токмоке.

ГСВ. Процент людей, которые ответили, что они предпочитают лечить себя сами, следуя советам друзей или идти лечиться в дерматовенерологический диспансер не изменился или слегка снизился.

Такие результаты могут объясняться рядом факторов, например, изменением состава изучаемых групп (многие студенты институтов и работники рынка, опрошенные после проведения пилотной программы, могли недавно приехать в г. Токмок и, таким образом, пропустить большую часть рекламно-информационной компании), не репрезентативностью состава и размеров опрашиваемых групп или другими аспектами построения исследования. Тем не менее, результаты обследования позволили наметить пути повышения эффективности проведения компаний в средствах массовой информации в будущем. Например, большинство респондентов отметили, что на них наибольшее влияние оказывают телевизионные сообщения. Однако, к проведению рекламно-информационной компании в г. Токмок телевидение не привлекалось. Кроме того, выяснилось, что для некоторых ключевых подгрупп населения требуется более частое повторение сообщений.

2. Дополнительные лабораторные исследования, проведенные в рамках пилотной программы

Первоначально было запланировано проведение двух исследований в рамках этой пилотной программы. Как указано ниже, оба исследования столкнулись с серьезными ранее непредвиденными проблемами и были перенесены в г. Бишкек. Для выполнения первого исследования «Распространенность гонореи и хламидиоза среди мужчин и женщин с синдромами ИППП» было необходимо применение современной сложной технологии ПЦР (полимерная цепная реакция) для определения гонореи и хламидиоза в образцах мочи. Образцы мочи должны храниться в холодильнике при температуре +4 градуса по Цельсию или ниже до транспортировки в лабораторию (Национальная Референс Лаборатория в г. Бишкек, где на протяжении последних нескольких лет проводят исследования по вирусным гепатитам). Целью данного исследования было определение распространенности гонореи и хламидиоза среди мужчин и женщин, страдающих тремя ИППП синдромами, вошедшими в данный пилотный проект. Кроме того, определялись факторы риска по данным инфекциям среди женщин с выделениями из влагалища. Хорошо известно, что большинство женщины с выделениями из влагалища не страдают гонорейной или хламидийной инфекцией и, если не учитываются другие факторы, им обычно назначается чрезмерная медикаментозная терапия. Таким образом, результаты этого исследования могли бы привести к значительной экономии финансовых средств и снижению риска развития побочных эффектов при неоправданном назначении антибиотиков.

Это исследование было перенесено в Бишкек, потому что сразу после начала пилотной программы стало известно о регулярных ночных отключениях электроэнергии в г. Токмок, что сделало невозможным соблюдение необходимых условий хранения образцов мочи до отправки их в Референс Лабораторию. Это означало, что мы не могли быть абсолютно уверены в достоверности результатов исследования. Это исследование все еще находится в стадии реализации и полный отчет о результатах этого исследования будет предоставлен по его завершению.

Вторым запланированным исследованием было «Определение чувствительности гонококков к антибиотикам». Аналогичное исследование было проведено более двух лет назад специалистами Республиканского Дерматовенерологического Института в сотрудничестве с французской организацией «Врачи без границ» и было обнаружено, что 25% и более культур гонококков, выделенных в Бишкеке, были устойчивы ко многим антибиотикам, прошедшим тестирование, за исключением трех достаточно дорогостоящих антибиотиков, таких как цефтриаксон, цефиксим и спектиномицин. По

этим причинам для пилотных программ в г. Токмок и г. Джала-Абад был использован цефтриаксон. Цель этого исследования – определить, остается ли степень резистентности культур гонококков, циркулирующих в Кыргызстане, такой же высокой. Если нет, это может дать возможность использования более дешевых антибиотиков, что сделает лечение эффективным и более доступным. В настоящий момент в Кыргызстане нет лаборатории, выполняющей этот тип исследования, однако, лаборатория, расположенная на базе Медицинской Академии проводит определение чувствительности других микроорганизмов в рамках программы WHO Net. К сожалению, выяснилось, что очень сложно найти и профинансировать специалиста международной лаборатории, который мог бы содействовать внедрению новой программы выполнения анализов и дать официальное подтверждение соответствию полученных результатов международным стандартам. Мы надеемся, что в ближайшее время это станет возможным.

3. Анализ стоимости

Нами была проведена оценка стоимости одного пролеченного случая в клинике ГСВ, поликлиническом и стационарном отделениях Кожно-Венерологического Диспансера (КВД) Токмокской областной больницы. Стоимость одного пролеченного случая была рассчитана путем простого деления суммы расходов мед.учреждения на пациента с ИППП (см. таблицы 3 и 4). При этом предполагалось, что пациенты с одинаковыми диагнозами получали одинаковое медикаментозное лечение, независимо от лечебного учреждения и поставщика медицинских услуг. Поэтому стоимость медикаментов, которая значительно изменится от места и времени продажи, не была учтена при анализе.

Таблица 3. Стоимость одного пролеченного поликлинического случая в ГСВ и КВД (Кыргызский сом)

	ГСВ, поликлиника	КВД, поликлиника
Заработная плата (врач, медсестра, вспомогательный персонал) на 1 пациента	12	14
Коммунальные услуги на 1 пациента	3	12
Лекарственные средства (предполагается единый курс и стоимость лечения)	--	--
Итого	15	26

*средний обменный курс сома к доллару в 2002 составлял 47 сом = 1\$

Таблица 4. Стоимость одного пролеченного случая в стационаре КВД (Кыргызский сом)

Общее количество пациентов/год	1074
Средняя продолжительность пребывания на койке (дней)	12.40
Количество пролеченных пациентов ИППП	714
Количество пролеченных пациентов (др. сост.)	360
Общий бюджет	656,000

Стоимость лекарственных средств	7959
Общая стоимость без учета медикаментов	648,042
Стоимость 1 пролеченного случая (без медикаментов)	603

*средний обменный курс сома к доллару в 2002 составлял 47 сом = 1\$

Как показано в таблице 3, стоимость одного пролеченного случая немного выше в поликлиническом отделении КВД, что связано с большими расходами на коммунальные услуги и большей заработной платой врача специалиста дерматовенеролога. Стоимость лечения одного случая в стационаре КВД рассчитать намного сложнее, но без сомнений, эта стоимость намного выше (см. табл.4). В связи с тем, что получить раздельно данные по дерматологическим и венерологическим пациентам было невозможно, была рассчитана средняя общая стоимость на одного пациента. Эти расчеты были основаны на средней продолжительности пребывания на койке равной 12,4 дням. Так как большинство случаев ИППП требуют 14 дневного курса парентерального лечения, эти расчеты можно считать относительно точными (по дерматологическим пациентам сроки госпитализации варьируют в более широких пределах, но среднее количество дней пребывания в стационаре укладывается примерно в те же сроки). Стоимость медикаментов была исключена из анализа, в связи с отсутствием достоверных данных: фактическая стоимость лечения, указанная в данном отчете, не включает медикаментов, полученных по линии гуманитарной помощи, возможной «неформальной» оплаты пациентами медикаментозного лечения, и т.д. С учетом стоимости шприцов и инъекционных игл, многоэтапного введения терапевтических дозировок, а также затрат на выполнение назначений, стоимость медикаментозного лечения в стационаре, очевидно, является значительно более высокой, чем в поликлинике. Таким образом, мы вероятнее всего недооценили, а не переоценили, реально высокую стоимость лечения пациентов в стационаре.

Необходимо принять во внимание и другие вероятные различия в стоимости синдромного и традиционно этиологического (основанного на лабораторных данных) подхода к лечению пациентов с ИППП. Здесь следует учесть потенциальную стоимость избыточного медикаментозного лечения, обусловленного синдромным подходом (особенно при терапии пациенток с выделениями из влагалища, даже если ограничиться лечением только групп повышенного поведенческого риска или тех, у кого наблюдаются выделения также и из первичального канала), стоимость лабораторных анализов и повторных посещений, обязательных при этиологическом методе лечения. Эти и другие финансовые потери, такие как стоимость дней нетрудоспособности/снижения производительности труда, потери в заработной плате и т.д., остались за рамками данного анализа.

Несмотря на все эти ограничения, наш анализ наглядно показывает, что поликлиническое лечение намного дешевле стационарного. Даже если исключить из расчетов стоимость лабораторных анализов и повторных посещений, лечение, предоставляемое врачами ГСВ, оказалось менее дорогостоящим, чем лечение у специалиста дерматовенеролога. Очевидно, что включение в практику врачей первичной медико-санитарной службы лечения наиболее распространенных синдромов ИППП является экономически эффективным, как для системы здравоохранения, так и для пациента.

4. Врачебные фокус группы

В рамках пилотной программы в г. Токмок, была получена и другая очень важная информация: при неофициальном опросе врачей, принимавших участие в программе, стало ясно, что, хотя они очень гордятся полученными новыми знаниями и навыками, и рады предложить пациентам с ИППП лечение и профилактику, это внесло дополнительное напряжение в их рабочий график. В связи с тем, что на врачей ГСВ постоянно возлагаются новые обязанности, это становится все

более и более сложным. Некоторые врачи ГСВ в неформальной беседе указали на то, что настоящий уровень заработной платы, вынуждающий их искать вторую работу, не позволит им оказывать качественные услуги по новым программам, таким как ИППП.

5. Финансирование обслуживания пациентов с ИППП

Эта ситуация высвечивает одно из самых больших препятствий на пути успешной реализации всесторонней реформы системы здравоохранения. В результате проводимых реформ были получены конкретные результаты и достигнуты определенные успехи. Сюда можно отнести реструктуризацию первичного звена здравоохранения для создания групп семейных врачей (ГСВ); внедрение семейной медицины; улучшение базовых клинических навыков; расширение профессиональных обязанностей врачей ГСВ для дальнейшего улучшения экономической эффективности и доступности медицинского обслуживания (включая интегрированные вертикальные программы такие, как Интегрированное ведение болезней детского возраста, Репродуктивное здоровье, Инфекции передающиеся половым путем и т.д.); повышение информированности и ответственности населения за сохранение и поддержание собственного здоровья; внедрение систем нового плательщика и других финансовых нововведений в рамках системы единого плательщика (включая обеспечение амбулаторных пациентов медикаментами из доп.пакета и официальную сооплату); а также начало процесса перенаправления ресурсов из стационарной в амбулаторную сеть. Несмотря на то, что в отдаленной перспективе можно ожидать значительной экономии средств, переходный период от стационарного обслуживания к обслуживанию пациентов на уровне поликлинической сети требует новых текущих финансовых вложений.

К сожалению, тяжелая экономическая ситуация, сложившаяся в Кыргызстане, затрудняет удовлетворение запросов переходного периода, требующего повышенных эксплуатационных фондов (сравнивая ситуацию в регионах и экономические условия, сложившиеся в столице или при наличии инвестиций со стороны международных организаций). Первичному уровню здравоохранения эти фонды необходимы для обеспечения оплаты медикаментов амбулаторным пациентам и для повышения уровня заработной платы работников ПМСП, чтобы поднять их заинтересованность, как в повышении продуктивности работы, так и в росте количества и сложности предоставляемых ими услуг. Для стационарной службы здравоохранения значительные текущие эксплуатационные фонды будут нужны до тех пор, пока не будет снята проблема перегруженности госпитальной сети.

Поддерживая стратегию широкой структурной и системной реформы, необходимой для долговременного и стабильного переноса акцента со стационарной службы на ПМСП, нельзя забывать о реальных текущих потребностях, включая мотивацию работников ГСВ. Одним из вариантов, отвечающим этой ситуации, является введение сооплаты со стороны пациента, неплохим началом может оказаться внедрение этой системы при обслуживании пациентов с ИППП. После проведения ряда бесед с врачами и пациентами, можно предположить, что сооплата в размере 25 сом будет вполне достаточной. Пять сомов из этой суммы можно было бы отчислять в специальный фонд для оплаты приема маломощных пациентов. Сооплата, т.е. процесс сбора денег, который должен проводиться в прозрачной форме, и выплата денег врачу, принявшему дополнительного пациента, может изменяться в регионах и по мере необходимости. Эти мероприятия должны стать частью общей стратегии, направленной на сохранение столь важных для Республики успехов, достигнутых в процессе реформы здравоохранения

В. Жалалабад

В течение первых шести месяцев работы, с 1 ноября 2002г по 30 апреля 2003, в программе приняло участие 893 пациента. В связи с тем, что по истечении этого срока в распоряжении врачей ГСВ оставались медикаменты для лечения ИППП, проект был продолжен. До 30 июня 2003 года всего

1039 пациентов получили медицинское обслуживание по одному или более синдрому ИППП, из них 691 женщина (66,5%) и 348 мужчин (33,5%) (см. табл.5).

Таблица 5. Пациенты с синдромами ИППП, включенные в пилотную программу в г. Жалалабад, за период с 1 ноября 2002 по 30 июня 2003 г.

Синдром	Мужчины	%	Женщины	%	Всего	%
Выделения из уретры (ВУ)	272	78.2	----	0,0	272	26.2
Выделения из влагалища (ВВ)	----	0,0	659	95.4	659	63.4
Генитальная язва (ГЯ)	76	21.8	32	4.6	108	10.4
Всего	348	100,0	691	100,0	1039	100,0

Сюда не включены данные о пролеченных половых партнерах указанных пациентов, так как по истечении первого месяца программы на местном уровне было принято решение проводить лечение половых партнеров без заполнения отчетных форм. Это было сделано для того, чтобы снизить обеспокоенность несоблюдением конфиденциальности и, таким образом, увеличить количество пациентов, прошедших курс лечения. В течение первого месяца программы на каждые 100 пациентов с одним из трех ИППП синдромов было осмотрено около 5 половых партнеров. Большую часть этих пациентов (92.3%) составляли мужчины - половые партнеры женщин с ИППП синдромами. Эти цифры значительно ниже 40% обращения на лечение половых партнеров, опубликованных в исследованиях, изучавших различные методы повышения коэффициентов обращения. Показатель направления половых партнеров на лечение в Жалалабаде мог бы быть лучше при учете пациентов, на которых не были заведены отчетные формы пилотной программы. К сожалению, у нас не было возможности получить эти цифры.

Большую часть пролеченных в г. Жалалабаде составили пациенты, постоянно проживающие в других населенных пунктах области. Врач дерматовенеролог, участвовавшая в пилотной программе, рассказала, что в прошлом дерматовенерологические диспансеры пытались проводить обследование и лечение ИППП в этих населенных пунктах, но население, по большей части, отказывалось, так как боялось нарушения конфиденциальности.

Данные по факторам риска были собраны для 245 пациентов, обратившихся в течение первого месяца пилотной программы, из них 175 женщин (71,4%) и 70 мужчин (28,6%). Около 1/3 мужчин (30,0%) и 1/5 женщин (20,6%) были моложе 25 лет; 52,9% и 44,0% соответственно были в возрасте от 25 до 34 лет; и 17,1% и 34,9% соответственно были в возрасте 35 лет и старше (см. таблицу 6).

Таблица 6 Пациенты, вовлеченные в пилотную программу в течение первого месяца ее реализации; распределение по возрасту и полу.

Возраст	Мужчины (28.6%)		Женщины (71.4%)		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<20	6	8.6	3	1.7	9	3.7
20-24	15	21.4	33	18.9	48	19.6
25-29	20	28.5	34	19.4	54	22.0
30-34	17	24.3	43	24.6	60	24.5
35-39	8	11.4	28	16.0	36	14.7
>40	4	5.7	33	18.9	37	15.1
ВНУ	0	0	1	0.6	1	0.4
Всего	70	100,0	175	100,0	245	100,0

ВНУ= Возраст не указан

Данные по факторам риска будут в дальнейшем анализироваться и сравниваться с подобными результатами, полученными пилотной программой в г. Токмок.

1. Компания по оценке осведомленности населения

Образовательно-информационная компания, проведенная до начала пилотной программы и во время ее, охватила широкую аудиторию. Пресс-конференция была проведена дважды, в первый раз - во время обучающего семинара и во второй раз - перед открытием пилотной программы, в результате чего было обеспечено подробное освещение грядущей программы в средствах массовой информации (местные газеты и телевидение). Распространение брошюр и листовок было очень хорошо воспринято населением (в помещениях ГСВ, школах, университетах и других местах общественного скопления). Большое количество пациентов, участвовавших в пилотной программе, указали на то, что образовательно-информационная компания была достаточно успешной. Однако, наблюдалось ступенчатое снижение количества обращений пациентов с ИППП в ГСВ через 3 и 6 месяцев, что может быть связано с тем, что для некоторых слоев населения необходимо повторение образовательно-информационной компании через какой-то интервал времени.

2. Дополнительные исследования, проведенные в рамках пилотной программы

Для данной пилотной программы было запланировано проведение двух дополнительных исследований. Первое - изучение эффективности лечения кандидозной инфекции у женщин. Многие, но не все гинекологи, опрошенные на севере и юге Кыргызстана до начала пилотной программы, отметили преимущества недорогого, широко применяемого и эффективного средства лечения кандидоза влагалища – борной кислоты и глицерина. После обсуждения этого вопроса с практикующими и преподающими гинекологами было решено провести сравнение клинической эффективности применения четырех, имеющихся в наличии на местном фармацевтическом рынке (но не одинаково доступных для населения по цене), методов лечения: Клотримазол 500 мг влагалищная таблетка (однократно на ночь X 1 доза); Нистатин 100,000 МЕ влагалищная таблетка (однократно на ночь X 14 дней); Нистатин 100,000 МЕ влагалищная таблетка (однократно на ночь X 7 дней) **плюс** Бура в глицерине 10 мл на ватный тампон (на ночь X 7 дней); Бура в глицерине 10 мл на ватный тампон (на ночь X 7 дней) без сочетания с другими медикаментами. Женщинам с выявленным кандидозом влагалища последовательно назначали один из четырех методов лечения. Пациентки первоначально должны подписать договор на участие в исследовании, и предоставить всю необходимую информацию для заполнения анкеты, медицинского осмотра и лабораторных данных, которые были разработаны специально для пилотной программы в г. Токмок (см. отдельный отчет программы ЗдравПлюс, который может быть предоставлен по специальной заявке).

Только те ГСВ, где возможно соблюдение установленных критериев (см. приложение 2) для постановки диагноза кандидоза влагалища, участвуют в этом исследовании. Оценивается основной результат – наличие симптомов кандидоза влагалища, результатов клинических и лабораторных исследований в течение 14 дней после завершения лечения. К 30 июня 2003 г 108 женщин приняли участие в этом исследовании. Намеченный размер выборки 250 человек; в распоряжении ГСВ имеется достаточное количество медикаментов, но продолжение обследования и лечения до достижения запланированного количества пациентов, в силу ряда объективных причин, может оказаться под вопросом.

Вторым исследованием, запланированным для проведения в рамках этой пилотной программы, было «Определение чувствительности культуры гонококков к антибиотикам». Анализ, проведенный более 2-х лет назад специалистами Кыргызского Национального Дерматовенерологического Института в сотрудничестве с организацией Врачи Без Границ, выявил, что более 25% культур гонококков, полученных в г. Бишкек, оказались резистентными ко всем включенным в исследование антибиотикам, за исключением трех наиболее дорогостоящих – цефтриаксон, цефиксим и спектиномицин. Поэтому в обеих пилотных программах, в г.г. Токмок и Жалалабад, был использован цефтриаксон. Целью этого исследования было определение

существенных изменений в чувствительности культуры гонококков к антибиотикам. В том случае, если резистентность в значительной степени снизилась, возникает возможность использовать в будущем менее дорогостоящие медикаменты.

К сожалению, первоначальный план проведения исследования в г. Алматы, Казахстан пришлось отменить в связи с непредвиденными задержками в легализации лаборатории, на базе которой планировалось проводить исследование. В связи с этим возникла необходимость исключения данного исследования из пилотной программы. Однако, мы сохраняем надежду, что нам удастся найти консультанта международной лаборатории для оказания помощи в создании и легализации программы по определению чувствительности культур гонококков к антибиотикам внутри страны. Для того, чтобы результаты лабораторных анализов отвечали международным стандартам, необходимо регулярно проводить текущие проверки квалификации работников лаборатории. У нас есть основания верить, что это исследование может быть осуществлено в наступающем году в качестве отдельно финансируемого проекта.

3. Анализ стоимости

Для пациентов стационарного и поликлинического отделений дерматовенерологического подразделения Жалалабадской Объединенной Областной Больницы и клиник ГСВ, участвовавших в пилотной программе была рассчитана стоимость одного пролеченного. Эти расчеты были основаны на составных компонентах сметы, предоставленной вышеупомянутыми учреждениями (КВД и АГСВ г.Жалалабад), и тех реальных затратах, которые возникли при реализации этой пилотной программы со стороны программы ЗдравПлюс.

Средняя стоимость лечения одного случая ИППП в 2002 г. в стационарном отделении Жалалабадской ООБ составила 1493 сома (см. таблицу 7). Стоимость лечения одного случая сифилиса была незначительно выше (1501 сом), чем лечение пациента с гонореей (1420 сом). Средняя продолжительность пребывания на койке - около 19 дней.

Стоимость лечения одного пациента с ИППП в поликлиническом отделении дерматовенерологического подразделения ЖООБ была значительно ниже (см. таблица 8). Для мужчин с выделениями из уретры стоимость варьировала от 521 до 727 сом, в зависимости от диагноза (диагнозов) поставленных пациенту. В эту сумму включены стоимость посещения врача, лабораторных анализов и лечения. Для женщин с выделениями из влагалища стоимость одного случая изменялась от 225 до 863 сом, и также зависела от поставленного диагноза (диагнозов). Общая стоимость лечения одного пациента с синдромом генитальной язвы, для мужчин и женщин, получивших лечение от сифилиса, была 766 сом.

Таблица 7. Стоимость одного пролеченного случая в стационарном отделении КВД при Жалалабадской ООБ

Общее количество пациентов (2002)	946
Количество пациентов с ИППП	381
Средняя продолжительность пребывания на койке пациентов с ИППП (дней)	18.9
Стоимость 1 дня пребывания пациента в стационаре (включая стоимость диагностических тестов и лечения) (сом*)	79
Средняя стоимость одного случая ИППП (сом)	
Все	1493
Сифилис	1501
Гонорея	1420
Общая стоимость мед. обслуживания в стационаре КВД, 2002 (сом)	568,871

*средний обменный курс сома к доллару в 2002 составлял 47 сом = 1\$

Фактическая стоимость лечения пациентов, участвовавших в пилотной программе, была еще ниже (см. таблица 8). Стоимость одного случая с выделениями из уретры была в пределах 93 - 105 сом, в зависимости от того, получал ли пациент лечение от гонореи и хламидиоза или он получал лечение от гонореи, хламидиоза и трихомониаза. Эти суммы включают в себя только стоимость лечения, потому что на врачебный прием и проведение лабораторных анализов средства затрачены не были. Для женщин с выделениями из влагалища стоимость лечения составила от 15 до 160 сом, в зависимости от поставленного диагноза. Стоимость лечения одного пациента с синдромом генитальной язвы, как для мужчин, так и для женщин, была 23 сома. В случае аллергической реакции пациента на пенициллин, если требовалось лечение доксициклином или эритромицином, то стоимость составляла 136 сом на пациента.

Таблица 8. Стоимость одного пролеченного случая в поликлиническом отделении КВД при Жалалабадской ООБ и ГСВ г. Жалалабад

	Поликлиническое отделение КВД (2002)	Клиники ГСВ (01.11.02-30.06.03)
Количество венерологических посещений (ИППП)	5585**	1039
Базовая стоимость врачебного приема (сом*)	66	бесплатно[^]
Стоимость лабораторных анализов (сом): Выделения из уретры Выделения из влагалища Генитальная язва	55 95 50	Не требуется Не требуется Не требуется
Стоимость лечения (сом): Выделения из уретры Выделения из влагалища Генитальная язва	от 400 до 606 [+] от 98 до 704 [#] 650	от 93 до 105 [+] от 15 до 160 [#] от 23 до 136 [@@]
Общая стоимость: Выделения из уретры Выделения из влагалища Генитальная язва	от 521 до 727 [@@] от 225 до 863 [@@] 766	от 93 до 105 [##] от 15 до 160 [##] от 23 до 136 [##]

*средний обменный курс сома к доллару в 2002 составлял 47 сом = 1\$

**Эта цифра составляет немного более половины всех пациентов (10 293), принятых в этом отделении в 2002 году

[+] 400 при лечении только гонорей; 464 при лечении гонорей и трихомониаза; 542 при лечении гонорей и хламидиоза; 606 при лечении гонорей, трихомониаза и хламидиоза.

[#] 98 при лечении кандидоза влагалища; 64 при лечении трихомониаза; 542 при лечении гонорей и хламидиоза; 464 при лечении гонорей и трихомониаза; 606 при лечении гонорей, хламидиоза и трихомониаза; 704 при лечении сочетания всех этих состояний.

[@] Изменяется в зависимости от стоимости медикаментов.

[^] в соответствии с достигнутой договоренностью, медицинское обслуживание для пациентов с ИППП предоставлялось бесплатно. Для клиники ГСВ стоимость одного пролеченного случая, включая расходы на коммунальные услуги, зарплату сотрудников, составляла в среднем 15 сомов.

[+++] Всем пациентам с выделениями из уретры было проведено лечение от хламидиоза и гонорей (93 сом), в том случае если у пациента или его половой партнерши были обнаружены трихомонады (проведение лабораторных анализов не являлось абсолютно обязательным) назначалось лечение от этого заболевания тоже (8-12 сомов, что зависело от метода лечения – применение однократной терапевтической дозы или 7-дневного курса приема Метронидазола).

[##]от 15 до 55 при лечении изолированного кандидоза влагалища (в зависимости от метода лечения); от 8 до 12 при лечении трихомониаза и/или бактериального вагиноза; от 23 до 67 при лечении трихомониаза и/или бактериального вагиноза и влагалищного кандидоза; 93 при лечении гонорей и хламидиоза; 105 при лечении гонорей, хламидиоза, трихомониаза и/или бактериального вагиноза; и до 160 при лечении сочетания всех этих состояний.

[@@]24 при лечении бензатин пенициллином; при аллергической реакции на пенициллин, 23 при использовании доксициклина, 136 при назначении эритромицина. У беременных женщин необходимо проводить более продолжительный курс лечения и поэтому стоимость лечения была выше.

[^^]Включает только стоимость медикаментозного лечения. При реализации будущих программ следует учесть все реальные затраты, включая расходы на коммунальные услуги, зарплаты сотрудников и другие

В таблице 9 показана реальная экономия средств при лечении пациентов в клиниках ГСВ по методике ВОЗ синдромального подхода к лечению ИППП, по сравнению с пациентами, получившими традиционное лечение в поликлиническом отделении дерматовенерологического отделения ЖООБ. Экономия финансовых средств варьирует от 570 до 622 сом на одного человека с выделениями из уретры, от 204 до 743 сом при выделениях из влагалища и 743 сом при синдроме генитальной язвы.

Эти расчеты не учли реальных расходов ГСВ во время пилотной программы, которые предварительно могут быть оценены в размере 15 сом на коммунальные услуги, зарплаты сотрудников и другие фиксированные затраты (см. отчет о проведении пилотной программы в г. Токмок). Более того, в связи с тем, что прием пациентов с ИППП являлся дополнительной нагрузкой на врачей ГСВ, то на наш взгляд, к рассчитанной стоимости лечения одного пациента может быть добавлена сумма 15-25 сом за прием врача. Даже если за каждый пролеченный случай дополнительно прибавить 40 сом стоимость одного случая все равно остается на 63-92% ниже, чем в поликлиническом отделении КВД ЖООБ (эта стоимость в среднем составляла 1/3 -1/10 от стоимости лечения в поликлиническом отделении КВД ЖООБ).

Эта экономия финансовых средств частично может быть объяснена тем, что при синдромном подходе в лечении ИППП не требуется проведение лабораторных обследований. Однако, 20-60% этой экономии возникло в связи с тем, что стоимость медикаментозного лечения пациентов с ИППП была низкой, потому что лекарственные средства для пилотной программы были закуплены оптом в некоммерческой организации из Нидерландов. Подобный подход к закупкам при реализации расширенной (национальной) пилотной программы по ИППП мог бы обеспечить сходную экономию средств, однако, в случае проведения закупок через приватизированную национальную фармацевтическую сеть стоимость медикаментов, вероятнее всего, увеличится в три-пять раз. Для достижения стабильного успеха в реализации национальной программы по ИППП может потребоваться субсидирование закупок медикаментов.

Таблица 9. Фактическая экономия финансовых средств на один пролеченный случай в ГСВ по синдромам, в сравнении с затратами на одного пациента в поликлиническом отделении КВД во время проведения пилотной программы (сом).

Синдром *	ГСВ	Поликлиника КВД	Фактическая экономия
Выделения из уретры	от 93 до 105	от 663 до 727	от 570 до 622
Выделения из влагалища	от 15 до 160	от 225 до 863	от 204 до 743
Генитальная язва	23	766	743

Рассчитано для стандартных вариантов синдромального метода лечения: Для **Выделений из уретры**, вызванных хламидиями, гонококками или хламидиями в сочетании с гонококками и трихомонадами; для **Выделений из влагалища**, обусловленных наличием влагалищного кандидоза (в зависимости от метода лечения); трихомониаза и/или бактериального вагиноза; влагалищного кандидоза плюс трихомониаза и/или бактериального вагиноза; гонорей и хламидиоза; гонорей и хламидиоза плюс трихомониаза и/или

бактериального вагиноза и/или влагалищного кандидоза; и для **Генитальной язвы** при сифилисе (при лечении бензатин пенициллином).

Необходимо принять во внимание и другие потенциальные различия в стоимости синдромного и традиционно этиологического (основанного на лабораторных данных) подхода к лечению пациентов с ИППП. Здесь следует учесть потенциальную стоимость избыточного медикаментозного лечения, обусловленного синдромным подходом (особенно при терапии пациенток с выделениями из влагалища), стоимость лабораторных анализов и повторных посещений, обязательных при этиологическом методе лечения. Эти и другие финансовые потери, такие как стоимость дней нетрудоспособности/снижения производительности труда, потери в заработной плате и т.д., остались за рамками данного анализа.

Следует соблюдать осторожность при сравнении стоимости лечения в стационаре и поликлинике. Без сомнения некоторые случаи были осложненными и требовали более длительного лечения (например, беременные женщины с сифилисом), что увеличило среднюю стоимость одного пролеченного случая в условиях стационара. Более того, некоторые стационарные пациенты имели синдромы, не включенные в рамки проведенной пилотной программы, которые требовали более дорогостоящих диагностических исследований и лечебных процедур. Тем не менее, анализ финансовой эффективности ясно показал, что при возможности выбора амбулаторное лечение предпочтительно с экономической точки зрения. Очевидно, что включение в практику врачей первичного звена медицинской службы лечения наиболее распространенных синдромов ИППП является экономически эффективным и доступным, как для системы здравоохранения в целом, так и для пациента.

4. Изучение удовлетворенности пациентов

Пациенты выразили высокую степень удовлетворенности уровнем оказанной медицинской помощи при ИППП, предоставленной врачами ГСВ в г. Жалалабад. Практически все 629 пациентов, заполнившие опросный лист перед уходом из поликлиники, оценили уровень проведенной консультации как «хороший» (36,6%) или «отличный» (61,7%), и только 0,6% оценили врачебный прием, как «плохой» и 1,1% не дали оценки вообще. По пятибалльной шкале 97% пациентов оценили знания врача ГСВ об ИППП на «4» или «5» (из них 30,2% оценили их знания на 4 и 67,1% дали оценку 5). Более 99% отметили, что врач ГСВ проконсультировал их по способам профилактики заражения ИППП в будущем. Лишь 2,9% пациентов указали на то, что во время приема в кабинете присутствовали другие люди, кроме врача и медсестры. 87% отметили, что врач во время приема проявлял тактичность по отношению к ним, а 0,5% отметили нетактичность врача, 12% респондентов не дали ответа на этот вопрос, не объясняя причины (отказались отвечать или не поняли вопроса).

Большая часть опрошенных пациентов (83,5%) в качестве основной причины обращения за медицинской помощью по поводу ИППП именно в ГСВ отметили «бесплатные медикаменты»; 9,5% пациентов отметили «конфиденциальность приема», а 6,7% выбрали «удобство». 85,1% заявили, что будут рекомендовать своим друзьям обращаться в ГСВ для лечения ИППП; только один человек (0,2%) ответил отрицательно на этот вопрос и 1,8% не уверены в ответе, 13,0% анкетированных не ответили на этот вопрос. Основная часть респондентов имела один или два источника информации о проводимой программе по лечению и профилактике ИППП: (85%) получили информацию от врача ГСВ, (77%) из листовок и брошюр, (27%) от друзей или супругов (19%), а так же (18%) из средств массовой информации, включая радио, газеты и телевидение.

Это изучение мнения пациентов было начато 2 месяца спустя после начала пилотного проекта в Жалалабаде и продолжилось после этого. 33,8% процентов респондентов, ответивших на

вопросы анкеты, составили мужчины, что практически идентично пропорции пациентов мужского пола (33,5%) из общего количества пациентов, пролеченных в рамках пилотной программы за период с ноября 2002 по июнь 2003 года. Ответы, полученные от мужчин, были очень похожи на подобные ответы, полученные от женщин.

5. Врачебные фокус группы

В г. Жалалабад при неофициальном опросе врачей, принимавших участие в программе, была получена немаловажная информация о том, что оказание дополнительных услуг по ИППП внесло дополнительное напряжение в их рабочий график. Они также констатировали, что сегодняшняя зарплата не является адекватной, вызывая необходимость находить вторую работу. Для выгоды первичного звена здравоохранения возникает необходимость рассмотрения прибавки к заработной плате за расширенный объем работы и предоставление новых видов медицинских услуг.

Пилотная программа в г. Жалалабад также показала, что врачи ГСВ и дерматовенерологи могут работать вместе скоординированно и коллегиально. Врачи ГСВ могут охватить основную часть пациентов с ИППП, в то время как диагностически более трудные случаи ИППП, с осложненным течением могут быть направлены для лечения к дерматовенерологам.

6. Последующие шаги

Успешная реализация пилотных программ в г.г. Токмок и Жалалабад демонстрирует реальную возможность обучения врачей ГСВ оказанию медицинских услуг пациентам с наиболее распространенными ИППП, в то время как медицинское обслуживание пациентов с осложненным течением заболеваний осуществляется врачами дерматовенерологам. Хотя сохраняются некоторые преграды, растущие возможности реструктуризированного первичного звена здравоохранения в Кыргызской Республике делают возможным расширение этой программы на всю Республику. Интеграция лечения и профилактики ИППП в практику врачей первичного звена должно снизить стоимость обслуживания, увеличить охват населения и ограничить распространение этих серьезных инфекций.

Для достижения максимальной эффективности национальной программы по ИППП, необходимо учесть уроки, приобретенные в ходе реализации двух пилотных программ. Образовательно-Информационная компания, проведенная в г. Токмок до начала пилотной программы и во время ее, охватила широкую аудиторию, но она имела ограниченное влияние на формирование прочных знаний населения, правильного отношения и поведения. Население в целом должно быть более осведомлено о симптомах ИППП, об их собственной ответственности за своё здоровье и своевременное обращение к врачам при появлении признаков заболевания, а также о методах снижения или исключения риска заражения. Общество должно ясно понимать, что ИППП могут вызвать развитие серьезных осложнений, включая мужское и женское бесплодие, внематочную беременность и смертность. Неоднократно было доказано, что ИППП повышают риск заражения ВИЧ, эта программа могла бы снизить распространение этой опасной для жизни инфекции. Необходимо добиться того, чтобы половые партнеры в подавляющем большинстве случаев направлялись на прием к врачу. Врачи ГСВ должны более настойчиво обосновывать для пациентов необходимость направления их половых партнеров, объясняя это как с точки зрения развития осложнений у партнера, так и с точки зрения опасности его собственного повторного заражения. Следует изучить возможные преграды в налаживании хороших контактов с пациентами и принять меры для их преодоления.

Как было указано выше, эти мероприятия следует основывать на результатах анонимных исследований поведения повышенного риска, периодически проводимых как среди уязвимых слоев населения, так и основных источников инфекции. В связи с тем, что стереотипы поведения повышенного риска могут со временем изменяться, необходимо регулярное обновление

профилактической информации, что поможет повысить ее эффективность. Кроме того, может потребоваться внедрение абсолютно новых стратегий профилактики.

Очень важно подчеркнуть, что такие программы будут эффективно работать только в том случае, если они не будут иметь карательного уклона. Принудительная изоляция и другие наказания могут сделать сложным или даже невозможным получение достоверной информации о поведении повышенного риска. Партнерство и доверие являются необходимыми для достижения эффекта предпринимаемых усилий.

Для большей эффективности и результативности программы по ИППП и ВИЧ/СПИД должны быть объединены. И в большей степени это имеет отношение к программам, нацеленным на категорию населения, относящуюся к основным переносчикам инфекций. С другой стороны, в программах для уязвимых слоев населения, предназначенных для внедрения на первичном уровне здравоохранения, будет сделан основной акцент на основных ИППП, не включая ВИЧ и СПИД.

С. Рекомендации

Рекомендации, приведенные ниже, могут быть использованы для национальной программы по профилактике и лечению ИППП в Кыргызстане.

1. Принять синдромный метод ВОЗ в качестве первичной модели профилактики и лечения ИППП.
2. Обучить врачей ГСВ методам лечения и профилактики трех, наиболее распространенных синдромов ИППП: выделения из уретры, выделения из влагалища, генитальная язва. Следует широко использовать опыт врачей ГСВ, имеющих первоначальную специальность акушеров-гинекологов.
3. В поликлиниках, где так же ведут прием урологи и гинекологи, их тоже следует обучить методике синдромального метода лечения ИППП. Во всех лечебных учреждениях первичного звена, участвующих в программе, следует подготовить, как минимум, по одному врачу мужского и женского пола, для того, чтобы все пациенты имели возможность обратиться к врачу, не испытывая неудобства и стеснения.
4. Следует провести обучение методике синдромального подхода дерматовенерологов и акушер-гинекологов. В то время, как пациенты с тремя, наиболее распространенными синдромами ИППП, могут получить медицинское обслуживание в ГСВ, пациенты с другими синдромами и осложненные случаи инфекции должны быть направлены к гинекологам, урологам и дерматовенерологам.
5. Следует направлять к акушерам-гинекологам и венерологам всех беременных женщин с генитальными язвами. В некоторых случаях, в зависимости от срока беременности и продолжительности заболевания, однократной терапевтической дозы может быть недостаточно. Внимательное наблюдение является необходимым как для матери, так и для младенца.
6. Не следует назначать платное лабораторное обследование в обязательном порядке. Всем обратившимся пациентам следует предложить начать лечение уже на начальном этапе, за исключением тех случаев, когда имеются четкие противопоказания.
7. Следует обеспечить пациентов, неспособных оплатить медикаментозное лечение, бесплатными лекарственными средствами для лечения ИППП.
8. Следует распечатать и распределить лечебные руководства по ИППП среди врачей, участвующих в программе по ИППП. Эти руководства должны включать диагностические критерии, алгоритмы лечения, критерии направления и другие ключевые аспекты.

9. Следует разработать и внедрить в систему эпидемиологического надзора анонимные формы отчетности по ИППП. Всем специалистам, ведущим прием пациентов с ИППП, включая врачей ГСВ, дерматовенерологов (частного и государственного сектора), следует использовать эти отчетные формы. Данные следует анализировать на централизованной основе по медучреждениям, районам, областям.

10. Следует создать комиссию по разработке плана проведения мониторинга и оценки эффективности. В состав комиссии следует включить врачей ГСВ, гинекологов, урологов, дерматовенерологов, участвующих в программе по ИППП, представителей группы пациентов, а также АГСВ, РКВД, министерства здравоохранения и других организаций. Каждому медучреждению следует собирать информацию, необходимую для расчета затрат на одного пациента, оплату медработников, оборудование и реактивы, лечение и др. Изменения в программу следует вносить только после анализа предполагаемого влияния этих изменений на стоимость лечения и прочие расходы медучреждения. Оценка фактического влияния всех изменений должна производиться в рамках планового мониторинга и оценки эффективности программы.

11. Лабораторные анализы ключевых ИППП следует проводить в медучреждениях контрольных эпидемиологических районов. Эти мероприятия следует выполнять, как минимум, один раз в два года для того, чтобы подтвердить данные, полученные по синдромальному методу ведения пациентов (если полученная информация указывает на возникновение новых тенденций в течении ИППП, следует проводить анализы чаще). В случае подтверждения положительных результатов по одной или более ИППП (снижение заболеваемости и распространенности), финансовые средства могут быть перераспределены на обслуживание пациентов, страдающих другими ИППП. В идеале, следует регулярно проводить анализ чувствительности культур гонококков к антибиотикам, так как эта информация важна при выборе наиболее экономически эффективного метода лечения гонореи.

12. Пациенты, страдающие одной из ИППП, относятся к группе повышенного риска заражения другими. В идеале, всем пациентам следует проводить обследование на сифилис (используя надежный скрининговый тест) и предлагать добровольное обследование и консультирование по вопросам ВИЧ.

13. Следует внести Цефиксим в Перечень жизненно важных лекарственных средств (ПЖВАС). Последнее исследование чувствительности гонококков, выполненное в Кыргызстане, обнаружило абсолютную или почти абсолютную чувствительность гонококков к цефиксиму, цефтриаксону и спектиномицину. Из этих трех медикаментов только Цефиксим может быть назначен пациенту в виде однократной терапевтической дозы внутрь, исключая все возможные осложнения от инъекций. Цефиксим может закупаться в виде субстанции и, в дальнейшем, расфасовываться в Кыргызстане. Если стоимость анализа качества закупаемого препарата будет оправданной, его применение станет явно более рентабельным, чем альтернативные методы лечения гонореи.

14. Эта программа должна сопровождаться информационно-образовательной кампанией. Информационные блоки для населения следует повторять каждые три-четыре месяца (как было указано данными проводимых исследований) в наиболее экономически оправданной манере. Все население следует ознакомить с основными признаками заражения ИППП, их ответственностью за своевременное обращение к врачам при появлении симптомов, рассказать о путях предупреждения или исключения риска заражения ИППП, и куда следует обращаться для получения лечебной и профилактической помощи от ИППП. Следует также уделить внимание тому, насколько важно своевременное направление половых партнеров на лечение, акцентируя внимание населения на высоком риске развития серьезных осложнений у половых партнеров пациентов с ИППП и, одновременно, на опасности повторного инфицирования самого пациента.

15. Параллельно следует проводить программу по лечению и профилактике ИППП среди так называемых «основных переносчиков» инфекции. Так как эти пациенты вряд ли обратятся в ГСВ,

следует создать специальные лечебные центры и программы профилактики ИППП. Для достижения наибольшей экономической эффективности эта работа может быть интегрирована в программы Центров доверия для инъекционных наркоманов и Профилактики ВИЧ/СПИД.

16. Среди «основных переносчиков» и «уязвимых» групп населения следует регулярно проводить анонимные исследования поведения. Пути передачи инфекции могут служить для оценки эффективности проводимой работы. Изменения поведения должны учитываться при внедрении новых стратегий лечения и профилактики ИППП.

17. Преподавательский состав Учебных Центров Семейной Медицины (УЦСМ) почти во всех областях Республики (Нарынской, Таласской, Ошской, Жалалабадской, Иссык-Кульской, Чуйской) прошел подготовку в качестве тренеров по методу ВОЗ синдромного ведения пациентов с ИППП. Внедрение новой национальной программы лечения и профилактики ИППП следует поэтапно осуществлять в одном или более районах в каждой области Республики в одну фазу, основывая свой выбор района на том, какой УЦСМ готов начать обучение врачей ГСВ синдромальному подходу, готовности национального и областных Центров укрепления здоровья внедрить информационно-образовательную компанию и способности Национальной комиссии по лечению и профилактике ИППП провести процедуры мониторинга и оценки.

18. Следует найти вариант вознаграждения врачей ГСВ за предоставление дополнительных услуг пациентам с ИППП. Это может принять форму не большой сооплаты, выполненной в прозрачной манере, выплачиваемой напрямую врачу, принимающему дополнительных пациентов. После проведения ряда бесед с врачами и пациентами, можно предположить, что сооплата в размере 25 сом может быть вполне достаточной. Пять сомов из этой суммы можно было бы отчислять в специальный фонд для оплаты приема малоимущих пациентов. Данная система может изменяться в регионах и по мере необходимости.

Меры, упомянутые в последнем пункте рекомендаций, должны быть частью более широкой стратегии поддержки реформирования здравоохранения, в настоящий момент продолжающегося в Кыргызской Республике. Эта стратегия должна признать увеличивающиеся финансовые потребности во время переходного периода и учесть краткосрочные и долгосрочные меры, отвечающие этим потребностям. В связи с этим могут быть рекомендованы следующие дополнительные шаги:

- 1) Усилить структуры и системы, облегчающие переход от стационарного к поликлиническому обслуживанию и от вертикальных программ к интегрированным.
- 2) Повысить подушевой норматив финансирования первичного звена (ГСВ).
- 3) Расширить автономию ГСВ, дающую возможность самостоятельно распределять финансовые ресурсы, включая премирование сотрудников.
- 4) Удалить любые ограничения по человеческим ресурсам или по трудовому законодательству, которые ограничивают возможность повышения заработной платы для сотрудников ГСВ.
- 5) Постепенно ввести на первичном уровне сооплату за медицинские услуги, предоставляемые ГСВ
- 6) Ознакомить сотрудников ГСВ с основной концепцией этого переходного периода и будущими возможностями, открывающимися для работников первичного звена при завершении перехода от стационарного на поликлиническое обслуживание.

- 7) Информировать население о возможности получения в ГСВ расширенного комплекса медицинских услуг, включая ИППП, а так же всемерно пропагандировать возросший статус первичной медицинской помощи, основанной на системе ГСВ.
 - 8) Налаживать контакты с возможными донорами, желающими оказать финансовую поддержку процессу перехода от стационарного к поликлиническому медицинскому обслуживанию.
-

VIII. Приложение 1:

Степень распространения основных инфекций, передающихся половым путем в Кыргызстане, 1991-2001

Год	Сифилис		Врожденный сифилис	Гонорея	
	Абс. число	1/100.000		Абс. число.	1/100.000
1991	90	2.0	-	2456	55.5
1992	123	2.7	-	3166	70.6
1993	194	4.3	-	2975	66.5
1994	997	22.4	-	2607	58.6
1995	3298	72.2	12	2540	57.2
1996	7483	164.7	43	2438	53.7
1997	7728	167.8	45	2018	43.8
1998	6729	144.2	67	2435	52.2
1999	5359	110.8	93	2280	47.1
2000	4278	87.5	55	2295	46.9
2001	2988	61.1	36	2360	48.3

Источник информации: Республиканский Дерматовенерологический Диспансер

IX. Сокращения

СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
ГСВ	Группа семейных врачей
АГСВ	Ассоциация групп семейных врачей
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВПЧ	Вирус папилломы человека
МЗ	Министерство здравоохранения
ВЗОМТ	Воспалительные заболевания органов малого таза
ИППП	Инфекции, передающиеся половым путем
ЮСАИД	Американское агентство международного развития
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения