

Бобровский И. Н.

**ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ С ПОЗИЦИЙ ГЕНДЕРНОГО АНАЛИЗА В СВЕТЕ КОНЦЕПЦИИ ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ И СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

Адрес статьи: [www.gramota.net/materials/1/2008/5/6.html](http://www.gramota.net/materials/1/2008/5/6.html)

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

Источник

**Альманах современной науки и образования**

Тамбов: Грамота, 2008. № 5 (12). С. 17-21. ISSN 1993-5552.

Адрес журнала: [www.gramota.net/editions/1.html](http://www.gramota.net/editions/1.html)

Содержание данного номера журнала: [www.gramota.net/materials/1/2008/5/](http://www.gramota.net/materials/1/2008/5/)

**© Издательство "Грамота"**

Информация о возможности публикации статей в журнале размещена на Интернет сайте издательства: [www.gramota.net](http://www.gramota.net)

Вопросы, связанные с публикациями научных материалов, редакция просит направлять на адрес: [almanac@gramota.net](mailto:almanac@gramota.net)

- Верткин А. Л., Торшхоева Х. М., Ткачева О. Н., Подпругина Н. Г., Работинская Е. Г.** Диабетическая кардиоваскулярная автономная нейропатия // *Лечащий врач*. - 2004. - № 6. - С. 36-39.
- Чернышова Т. Е., Гурьева И. В., Алгунбаев Р. А. и др.** Диабетическая нейропатия (патогенез, диагностика, лечение). – М.: ИД «Медпрактика». – М., 2005. – 108 с.
- Ashrafian H.** Metabolic Mechanisms in Heart Failure / H. Ashrafian, M. P. Frenneaux, L. H. Opie // *Circulation*. - 2007. – V. 116. - P. 434-448.
- Ewing D. J., Martin C. N., Young R. Y. [et al.]**. The Value of Cardiovascular Autonomic Function Tests: 10 Years' Experience in Diabetes // *Diabetes Care*. - 1985. – V. 8. - P. 491-498.
- Marwick T. H.** Diabetic Heart Disease // *Heart*. - 2006. – V. 92. - P. 296-300.
- Movahed M. R.** Diabetes as a Risk Factor for Cardiac Conduction Defects: a Review // *Diabetes, Obesity and Metabolism*. - 2007. – V. 9. – P. 276–281.
- Schmid H.** Cardiovascular Impact of the Autonomic Neuropathy of Diabetes Mellitus // *Arq. Bras. Endocrinol. Metabol.* - 2007. – V. 51 (2). - P. 232-243.
- Vinic A. I.** Diabetic Cardiovascular Autonomic Neuropathy / A. I. Vinic, D. Ziegler // *Circulation*. - 2007. – V. 115. – P. 387-397.
- Young L. H.** Diastolic Function and Type 1 Diabetes // *Diabetes Care*. - 2004. – V. 27. - P. 2081-2083.
- Ziegler D.** Diabetic Cardiovascular Autonomic Neuropathy: Prognosis, Diagnosis and Treatment // *Diabetes Metab. Rev.* - 1994. – V. 10. – P. 339-383.
- Zipes D. P., Camm A. J., Borggreffe M., Buxton A. E. [et al.]**. Guidelines for Management of Patients with Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death // *Journal of the American College of Cardiology*. - 2006. – V. 48. - № 5. - P. 247–346.

**ЗДОРОВЬЕ СЕМЬИ С ПОЗИЦИЙ ГЕНДЕРНОГО АНАЛИЗА В СВЕТЕ КОНЦЕПЦИИ  
ВОССТАНОВИТЕЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ЛИЦ С НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМИ И СОЦИАЛЬНО  
ЗНАЧИМЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ**

*Бобровский И. Н.*

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

*Проведена комплексная оценка семей, имеющих в составе лиц с наиболее распространенными и социально-значимыми заболеваниями, обоснована и разработана концепция восстановительного лечения с использованием, в качестве здоровые сберегающих технологий, этапа санаторно-курортного лечения региона КМВ Ставропольского края.*

Возникновение в последнее десятилетие ряда неблагоприятных факторов, как демографических, так и сложившихся в сфере общественного здравоохранения и в других сферах, способствовало тому, что темпы роста населения не только замедлились, но и получили отрицательное значение на многих территориях Российской Федерации, в том числе и в Ставропольском крае. Указанные проблемы свидетельствуют о сложности и противоречивости современных демографических процессов и о необходимости их учета в социально-экономическом развитии страны. Вследствие этого вопросам развития и управления народонаселением необходимо уделять большое внимание.

Особое место в демографической политике государства занимают дети, подростки, трудоспособное население. Только через оценку их здоровья можно изменить возникшие неблагоприятные тенденции в демографических процессах в стране. И тогда положительный эффект будет иметь место не только для личности, но и для будущих поколений людей, а также для поступательного развития всего общества нашей страны.

Именно по этому проблема охраны здоровья детей, подростков, трудоспособного населения привлекает к себе все большее внимание общественности в нашей стране и за рубежом (Ан Р.Н., 2001-2003; Вельтищев Ю.Е., 1994,1998; Васин В.А., 1995-2005; Баранов А.А., 1994-1999; Ефименко Н.В., 2000-2006; Кучма В.Р., 1996-2000; Куликов В.В., 1994-2000; Куценко Г.И., 2000,2001; Сухарев А.Г. и соавторы, 1997,1998; Чичерин Л.П., 1997-2000; Щепин О.П., 1996-1998; Armstrong D., 1983; Namalainen M., 1998 и др.).

Анализ негативных явлений в среде подростков и трудоспособного населения (рост хронических неинфекционных, особо распространенных и социально значимых заболеваний и др.) вызывает обоснованную тревогу общества (Антипов И.Г., 1987; Булько В.И., 1989; Баклаенко Н.Г., 1999; Шарапова О.В., 2001, Сон И.М., 2000-2005; Михайлова Ю.В., 1995-2006 и др.).

Уровень здоровья детей, подростков и лиц трудоспособного возраста в современных условиях определяет высокая распространенность морфофункциональных расстройств, хронических заболеваний, нарушений физического и психического развития. Подавляющее большинство имеют функциональные и хронические нарушения, затрагивающие две – пять и более систем организма (Кучма В.Р., 2001).

На фоне всего этого особую тревогу вызывает наблюдающийся рост числа психических заболеваний, алкоголизма, наркомании, табакокурения и, относящихся к группе особо распространенных и социально

значимых заболеваний (туберкулез, гепатит, язвенная болезнь желудка и двенадцати перстной кишки и т.п.).

В настоящее время только 37,5% людей из вышеуказанных групп по уровню физического и психического развития могут быть отнесены к группам «условно здоровые люди» и «группе риска».

Укрепление здоровья социально неадаптированных и вышеуказанных групп населения, разработка рекомендаций, направленных на сохранение и укрепление здоровья – это те задачи, которые в настоящее время стоят перед здравоохранением и государством в области улучшения демографических процессов и поддержании трудового потенциала страны.

В свете решения этих задач в настоящее время требуется усиление влияния всей системы здравоохранения и других смежных систем, (в том числе с привлечением и использованием инновационных технологий, существующих и апробированных на уникальных территориально-экологических подсистемах федеральной целостности (для Ставропольского края - регион Кавказских Минеральных Вод)), на здоровье вышеуказанных групп населения, что, несомненно, скажется на улучшении демографических процессов путем создания условий для поддержания трудового потенциала и воспроизводства здоровых поколений, т.е. не может быть благоприятным сохранение здоровья населения страны при неблагоприятных демографических ситуациях и наоборот. Последнее, в свою очередь отражается на всех сторонах жизни общества.

Одним, из основополагающих элементов современного общества является уникальная, исторически устоявшаяся единица, формирующая как взаимовосприятие индивидуумов, так и определяющая их само восприятие, самооценку, самореализацию, а, следовательно, и здоровье – семья. Существует несколько определений семьи. Семья – это малая социальная группа, важнейшая форма организации личного быта, основанная на супружеском союзе и родственных связях, т.е. отношениях между мужем и женой, родителями и детьми, братьями и сестрами, другими родственниками, живущими вместе и ведущими общее хозяйство. Исходя из другого определения семья – это социокультурная система из одного взрослого человека и еще одного или нескольких взрослых и детей, связанных обязательствами поддерживать друг друга эмоционально и физически и объединенных во времени, пространстве и экономически.

Семья – это система, выполняющая комплекс функций и тем самым обеспечивающая свое нормальное существование. Рождение семьи и ее жизнь, как и все социальные явления, структуры и системы, подчиняются определенным закономерностям. Все элементы семьи взаимосвязаны и составляют единое целое. Нарушения в этой системе, потеря ее составляющих влечет за собой изменение во всех остальных ее элементах и нередко приводит к кризису и умиранию семьи. Именно по этому здоровье сберегающая функция семьи является одной из ведущих данного комплекса.

Ретроспективный анализ состояния индивидуального здоровья лиц, проживающих в семьях на территории Ставропольского края в период до 1995 года с аналогичными показателями в период 1995 – 2005 гг. показывает, что состояние индивидуального здоровья, а, следовательно, и общественного, до 1995 года характеризуется гораздо положительнее, нежели показатели аналогичные показатели указанного временного отрезка. Резкое снижение рождаемости, высокие показатели младенческой смертности, увеличение численности заболеваний, относящихся к группе наиболее распространенных и социально-значимых, высокая детская инвалидизация, рост показателей детского и подросткового травматизма и т.д. и т.п. Все это результат непосредственного патоморфоза как общества в целом, так и отдельной его составляющей ячейке (семье) в частности. Особую значимость с данной позиции приобретает вопрос использования семьями здоровье сберегающих технологий. А краеугольным вопросом стоит вопрос использования данных технологий у лиц с наиболее распространенными и социально-значимыми заболеваниями (по данным ЦНИИОИЗ Росздрава более 95% семей имеют в своем составе хотя бы одно лицо, имеющее заболевание, относящееся к вышеуказанной группе).

Именно с этих позиций рассматривается регион Кавказских минеральных вод, который в силу своей специфики особого подхода как территориально-географическая, экономическая, политическая, экологическая, производственная и социальная подсистема народнохозяйственной (федеральной) целостности с присущими ей экономическими отношениями и интересами. Регион Кавказских Минеральных Вод (КМВ), занимающий 5,8 тыс. кв. км, уникален по своим природно-климатическим особенностям и по сложившейся здесь в течение двухсот лет культуре оздоровительного отдыха, не имеющим аналогов на Евразийском континенте. Размещение и архитектура городов, формирование ландшафтов, развитие инфраструктуры региона и его городов – все было подчинено удовлетворению потребности населения страны в оздоровительно-рекреационных услугах. Кавказским Минеральным Водам присвоен статус особо охраняемого эколого-курортного региона, в который включены курортные города – Пятигорск, Ессентуки, Кисловодск, Железноводск, а также города Минеральные Воды, Лермонтов, Георгиевск и Предгорный район Ставропольского края. Администрация региона базируется в г. Ессентуки (под курортом принято понимать «освоенную и используемую в лечебно-профилактических целях особо охраняемую природную территорию, располагающую природными лечебными ресурсами и необходимыми для их эксплуатации зданиями и сооружениями, включая объекты инфраструктуры»). Несколько поколений россиян пользовались санаторно-курортными услугами, необходимость которых стала привычной частью национальной культуры).

В связи с тем, что проблемы охраны здоровья лиц с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями, всесторонне оценки состояния их здоровья выходят за пределы здравоохранения

(возникает связь с вопросами восстановительной медицины, курортологии, экономики, финансирования и т.д. и т.п.) и приобретают характер первостепенных задач национальной политики, необходим поиск научно обоснованной, высокоэффективной, соответствующей требованиям сегодняшнего дня концепции медицинского обеспечения данной категории лиц на современном этапе развития общества.

Данная концепция предполагает необходимость комплексного и всестороннего изучения лиц с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями, которое должно включать в себя: обобщение социально-экономических, медико-генетических, психофизиологических, экологических и других аспектов их жизнедеятельности данной категории лиц; изучение особенностей патоморфоза особо распространенных и социально значимых заболеваний в периоды экономического кризиса и реформирования здравоохранения; совершенствование средств и методов решения вопросов организации, планирования и финансирования санаторно-курортной отрасли системы здравоохранения, профилактических, диагностических и лечебно-оздоровительных мероприятий среди лиц с особо распространенными и социально значимыми заболеваниями, в новой организационной технологии их медицинского обеспечения – с соблюдением принципов диспансеризации, этапности, комплексности и инновационном подходе в вопросе финансирования.

Целью данного исследования стало комплексное изучение состояния здоровья семей, в состав которых входили лица с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями в периоды экономического кризиса и реформирования системы здравоохранения и научное, организационно-методологическое обоснование концепции по его укреплению, используя уникальные природно-климатические зоны национальной целостности.

В ходе проводимого исследования был решен ряд поставленных задач: изучена динамика показателей заболеваемости, характеризующих эпидемиологическую ситуацию по наиболее распространенным и социально-значимым заболеваниям в Ставропольском крае в 1993-2008 гг.; изучена заболеваемость наиболее распространенными и социально-значимыми заболеваниями дифференцированно среди мужчин и женщин за период 1993-2008 гг., выявлены особенности структуры, по выбранным для исследования, нозологическим единицам по гендерному признаку; выявлены медико-социальные и эпидемиологические особенности впервые выявленных больных данными нозологическими формами мужчин и женщин; определены медицинские и социальные особенности лиц, имеющих наиболее распространенные и социально значимые заболевания; дана оценка степени влияния организации выявления данных нозологий на показатель заболеваемости; установлена причинно-следственная связь между частотой использования этапа восстановительного лечения (на территории уникальной природно-климатической зоны национальной целостности - КМВ) и частотой повторного обращения и лечения лиц с наиболее распространенными и социально-значимыми заболеваниями в период 1993-2008 гг.

Новизна проводимого исследования заключается в том, что впервые на основании данных гендерной совокупности крупного субъекта Российской Федерации с населением более 2725 тыс. человек, изучена 15- и летняя динамика заболеваемости населения наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями, их возрастно-половой состав, социальная характеристика. Впервые изучена динамика показателей заболеваемости отдельно мужчин и женщин, определена достоверность их различий. Выявлены медико-социальные и эпидемиологические особенности впервые выявленных форм наиболее распространенных и социально значимых заболеваний мужчин и женщин. Определены медицинские и социальные особенности больных с определенными нозологическими единицами у различных групп населения и оценена степень влияния организации выявления данных нозологий на показатель заболеваемости. Изучены пути формирования показателей заболеваемости по данным нозологическим единицам в различных возрастных и социальных группах, а также влияние сопутствующей патологии на сроки выявления наиболее распространенных и социально значимых заболеваний, представлено научное обоснование предложений по совершенствованию медико-социальной помощи данной категории пациентов. Впервые представлена и организационно-методологически обоснована концепция восстановительного лечения у лиц с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями с использованием уникальной природно-климатической зоны (Кавказские Минеральные Воды) национальной целостности.

Перечень социально значимых заболеваний разработан в соответствии со ст. 41 Федерального закона Российской Федерации от 22 июля 1993г. N 5487-1 "Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан" исходя из значимости заболеваний для сохранения здоровья общества и нации в целом. Выделено и рассмотрено более восьми категорий граждан с утяжеленными и осложненными формами наиболее распространенных и социально значимых заболеваний:

- язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (осложнения, до- и после операционный период);
- утяжеленные формы гастродуоденальной патологии (хронические эрозивные гастриты, хронические эрозивные гастродуодениты, гастроэзофагиты);
- постхолестеринемический синдром;
- ишемическая болезнь сердца;
- состояния после аортокоронарного шунтирования;
- состояния после имплантации искусственного водителя ритма;

- состояния после хирургической коррекции пороков сердца;
- сахарный диабет (I и II типа, осложненный полинейропатией, ангиоретинопатией, дистальным);
- инфекции, предающиеся половым путем;
- и т.д.

Социальная значимость указанных в перечне заболеваний обусловлена их отрицательным влиянием на человеческий капитал, в целом на организм человека (в том числе - сексуальное и репродуктивное здоровье) и социально-экономическое развитие страны, в частности.

Работа выполнена на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения Государственного общеобразовательного учреждения высшего профессионального образования «Ставропольская государственная медицинская академия Федерального агентства по социальному развитию и здравоохранению». Материалами работы явились статистические данные, характеризующие показатели заболеваемости населения патологией, относящейся к группе социально значимых заболеваний в период с 1993 по 2008 гг. (по данным Медицинского информационно-аналитического центра при Министерстве здравоохранения Ставропольского края и данным центральных районных больниц края).

Базой исследования являлся крупный субъект Федерации, входящий в состав Южного Федерального округа - Ставропольский край. Ежегодно в крае регистрируется более 6500 случаев социально значимых заболеваний. Так, только за 2005 год в крае зафиксирован 2161 случай заболевания туберкулезом.

Следует отметить, что основные социально-демографические показатели по Ставропольскому краю (половая и возрастная структура) в целом соответствуют данным по Российской Федерации (по материалам ЦНИИ информатизации и организации здравоохранения, г. Москва). Однако следует учитывать, что Ставропольский край является, в основном, сельскохозяйственным (аграрным) регионом Российской Федерации. В связи с этим, соотношение городского и сельского населения значительно отличаются от подобного соотношения по России. Вторая особенность заключена в том, что в Ставропольском крае в силу криминогенной ситуации показатели миграции населения выше средне российских, что приводит к более высокой заболеваемости населения различными заболеваниями, в том числе и относящимися к группе социально значимых.

Исследование проводилось по генеральной совокупности, что обусловило репрезентативность данных, полученных в ходе исследования и достоверность выводов. Сведения о больных получены из первичных учетных форм. Проведен ретроспективный анализ показателей, характеризующих эпидемиологическую обстановку, по возрастной заболеваемости, заболеваемости мужчин и женщин от патологии, включенной в разработанный перечень.

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

За изучаемый период показатель общей заболеваемости населения края по заболеваниям данной группы вырос в 7,8 раза, из них городского населения - в 12,3 раза ( $p < 0,05$ ), сельского - в 4,7 раза ( $p < 0,05$ ). Таким образом, эпидемическая ситуация в условиях города стала более напряженной.

Известно, что различные возрастные группы населения обладают разной степенью восприимчивости к инфекции, поэтому уровень их заболеваемости существенно различается. Для примерной характеристики патоморфоза различных нозологических единиц приведем некоторые из полученных в ходе исследования данные.

Так, в 2000 году наивысший показатель заболеваемости в Ставропольском крае был зарегистрирован среди лиц в возрасте 20 - 29 лет, наименьший - среди лиц в возрасте старше 60 лет. В 2006 году пик заболеваемости, по-прежнему, приходился на возраст 20-29, а самый низкий показатель был зафиксирован среди лиц в возрасте до 14 лет. При этом показатель заболеваемости лиц в возрасте старше 60 лет возрастал более высокими темпами - темп роста составил 86,2%. Более низкими были показатели заболеваемости социально значимыми заболеваниями среди других возрастных групп: 20-29 лет (68,7%); 40-49 лет (54,2%); 50-59 лет (39,3%); 30-39 лет (24,6%) и еще более медленными - среди возрастной группы 15-19 лет (7,4%).

Общая динамика заболеваемости детей, по данной группе заболеваний, была более благоприятной. Так в 2006 году заболеваемость среди детей снизилась на 12,9%. Это можно объяснить тем, что, несмотря на ухудшение эпидемиологической ситуации, профилактическая работа среди этой возрастной группы населения проводилась на более высоком уровне и в полном объеме, сохранились основные принципы работы педиатрической службы: принципы этапности, преемственности и диспансеризации.

Социально значимыми заболеваниями чаще болели мужчины. В Ставропольском крае в указанный для примера период исследования (в 2000 году) показатель заболеваемости мужчин был в 7,5 раза выше такового у женщин. Необходимо также отметить, что показатель заболеваемости женщин возрастал более медленными темпами (ежегодно в среднем на 5,7 %). Ежегодный темп роста показателя заболеваемости мужчин составил 14,7%. Всего с 2000 по 2006 гг. показатель заболеваемости женщин увеличился в 2,6 раза ( $p < 0,05$ ), мужчин - в 4,7 раза ( $p < 0,05$ ).

Результаты проведенного анализа свидетельствуют о неблагоприятной ситуации по заболеваниям,

относящимся к группе социально значимых и наиболее распространенных заболеваний (наличие статистически достоверного роста) на территории Ставропольского края. Ретроградный анализ позволил выявить четкие гендерные различия между изучаемыми статистическими группами и обосновал необходимость развития инновационного подхода к изучаемому вопросу. Подготовил базу для создания новой концептуальной линии в работе практикующих врачей.

Также полученные данные гендерных различий по наиболее распространенным и социально значимым заболеваниям, диктуют необходимость разработки и реализации городских, краевых, региональных экспертных программ, а также профилактических программ федерального значения для практического здравоохранения (приоритетный национальный проект «Здоровье»), которые позволят снизить заболеваемость от данного вида причин как на территории Ставропольского края в частности, так и Российской Федерации в целом.

В ходе исследования доказана необходимость учета социально-эпидемиологических особенностей пациентов с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями, что позволяет своевременно определять и прогнозировать тенденции развития и эпидемического процесса, а также разрабатывать комплекс мероприятий для ограничения распространения данных нозологий среди населения. Определение особенностей формирования показателей заболеваемости в различных возрастно-половых группах позволит повысить эффективность мероприятий по выявлению наиболее распространенных и социально значимых заболеваний среди населения при ограниченных материальных и кадровых ресурсах. Знание особенностей развития и патоморфоза наиболее распространенных и социально значимых заболеваний среди мужского и женского населения необходимо для проведения дифференцированных адекватных профилактических и противоэпидемических мероприятий. Обоснование необходимости применения этапа восстановительного лечения у лиц с наиболее распространенными и социально значимыми заболеваниями позволит пересмотреть и доказать экономическую эффективность данного этапа лечения, а следовательно повлиять как на индивидуальное здоровье, здоровье семьи и общества в целом.

#### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАЮЩИМИСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ЗА 1995-2005 (НА ПРИМЕРЕ РФ И Г. СТАВРОПОЛЬ)

*Бобровский И. Н.*

*ГОУ ВПО «Ставропольская государственная медицинская академия»*

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

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

Эпидемиологический взлет ИППП сразу выявил наиболее не защищенные слои населения, таковыми оказались дети и подростки в силу таких факторов, как более высокая восприимчивость к инфекциям: наличие подростковой субкультуры, допускающей рискованное поведение, незащищенные половые контакты с частой сменой партнеров. В 90-х годах подростки были выделены в группу повышенного поведенческого риска на основании динамики заболеваемости ИППП. Так еще в 1990 г. показатель заболеваемости сифилисом на 100 тыс. лиц в возрасте 15-17 лет составлял для юношей 2,7, а для девушек - 8,8 случая; соответствующие показатели 1997 г - 317,1 и 564,0, т.е. заболеваемость среди подростков возросла в 64 раза для девушек и в 117 раз для юношей, в то время как среди населения в целом - в 51 раз. В 1997 г. на пике эпидемии показатель заболеваемости среди девочек до 14 лет увеличился в 140 раз. В таблице № 1 представлена заболеваемость ИППП в РФ за 1993-1999 гг.