

Литература

1. Артамонова В.Г., Шаталов Н.Н. Профессиональные болезни. - М.: Медицина. - С. 320-331.
2. Беляев Е.Н. Мониторинг питания и качества пищевых продуктов в системе социально-гигиенического мониторинга в Российской Федерации// Вопр. питания. - 1996. - № 3. - С. 3-8.
3. ГОСТ 25832 - 89. Изделия хлебобулочные диетические. Технические условия. - М.: Издательство стандартов, 1996. - С. 14-18.
4. ГОСТ 13685 - 84. Соль поваренная. Методы испытаний. - М.: Госстандарт СССР, 1984. - С. 19-25.
5. Определение микроэлементов в природных средах: Аналитические исследования и проблемы (на примере Байкальского региона): Аналитический обзор// А.И. Кузнецова, Л.А. Петров, В.А. Ветров и др. - Новосибирск: ГИИТ СО РАН, 1994. - 84 с.
6. Поздняковский В.М. Гигиенические основы питания и экспертизы продовольственных товаров. - Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1996. - С. 37.
7. Решетник Л.А., Гэрбиш Ш., Смагунова А.Н. Скрининговая методика биоиндикации// 4-й Российско-Японский междунар. симп.: Тез. докл. - Иркутск, 1996. - С. 332.
8. Розен Б.Я. Геохимия брома и йода. - М.: Недра, 1970. - 143 с.
9. Руководство по химическому анализу поверхностных вод суши/ Под. Ред. А.Д. Семенова. - Л.: Гидрометеиздат, 1977. - С. 147-155.
10. Савченков М.Ф., Чхенкели В.А., Денисов В.А. Выявление йоддефицитных состояний у детского населения г. Ангарска// Итоги, проблемы и перспективы: Тез. докл. науч.-практ. конф. - Иркутск, 1997. - С. 95-96.
11. Состав и свойства молока как сырья для молочной промышленности: Справочник/ Под. Ред. Я.И. Костина. - М.: Агропромиздат, 1986. - С. 12.
12. Справочник Видаль. Лекарственные препараты в России: Справочник. - М.: Астра Фарм Сервис. - 1997. - 1504 с.
13. Сухинина С.Ю., Бондарев Г.И., Поздняковский В.М. Йод и его значение в питании человека// Вопр. питания. - 1995. - № 3. - С. 12-15.
14. Химический состав пищевых продуктов. Справочные таблицы содержания аминокислот, жирных кислот и углеводов/Под. ред. И.М. Скурихина, М.Н. Волгарева. 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Агропромиздат, 1987. - 360 с.
15. Lantzy R.J., Mackensie F.T. Atmosphere traces meals: global cycles and assessment of mans impact// Geochimica et Cosmochimica Acta. - 1979. - Vol. 43, № 4. - P. 511-525.

© ЯКУБОВИЧ А.И. - 1998
УДК 616.97:616.617-002-07-08

СТРУКТУРА И ДИНАМИКА ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, У МУЖЧИН, ОБРАЩАЮЩИХСЯ В КАБИНЕТ АНОНИМНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ И ЛЕЧЕНИЯ

А.И.Якубович

(Иркутский государственный медицинский университет, ректор - акад. МТА и АН ВШ А.А. Майборода, кафедра дерматовенерологии, зав. - проф. Н.П. Кузнецова)

Резюме. Представлены результаты клинико-эпидемиологического обследования 1645 мужчин, обратившихся в кабинет анонимного обследования и лечения заболеваний, передаваемых половым путем в 1993-1997 гг. В результате диагностических мероприятий у 80.2% были выявлены различные урогенитальные инфекции. На протяжении 5 лет отмечены достаточно высокий уровень обращения больных трихомониазом, относительно стабильная частота выявления больных с вирусными инфекциями, снижение регистрации заболеваемости гонореей и увеличение количества больных сифилисом, урогенитальным кандидозом и особенно хламидиозом. Выявлена тенденция к увеличению смешанных урогенитальных инфекций, среди которых наиболее высокий удельный вес стала составлять трихомонадно-хламидийная инфекция.

Продолжающийся рост заболеваний, передаваемых половым путем (ЗППП) является важной проблемой здравоохранения и представляет большую угрозу для общества. Отмечается как ухудшение эпидемиологической ситуации в России в целом [5, 10, 12], так и более высокие темпы роста ЗППП в Восточно-Сибирском регионе [11]. При этом важнейшим фактором, определяющим

распространение ЗППП в России, является активизация путей передачи инфекции [1]. Между тем все больше пациентов, которых не устраивают традиционные формы получения медицинской помощи в рамках кожно-венерологических диспансеров [5, 6, 9]. В связи с чем отмечается увеличение контингентов больных, обращающихся в кабинеты анонимного обследования и ле-

чения (КАОЛ). Организация КАОЛ ставила целью исключение возможности обращения пациентов за помощью в неспециализированные, непрофессиональные, частные структуры [11]. В настоящее время накоплен определенный опыт работы таких кабинетов [3, 4]. В то же время на фоне продолжающегося роста ЗППП происходит некоторое перераспределение их структуры. Имеющиеся немногочисленные публикации, посвященные в основном социально-эпидемиологической характеристике больных, обращающихся в КАОЛ, и клинико-эпидемиологическим особенностям выявленных у них ЗППП [3, 7, 8, 9], не касаются изменений структуры заболеваемости с течением времени. В настоящем сообщении проанализирована структура и динамика ЗППП у мужчин, обратившихся в КАОЛ за 5 лет (1993-1997 гг.).

За указанный период в КАОЛ обратилось 1645 мужчин. Среди обратившихся у 1319 были выявлены различные ЗППП, что составило 80.2% и свидетельствовало о целенаправленности обращения пациентов в КАОЛ. Достаточно высокий процент выявляемости ЗППП среди лиц, обратившихся в КАОЛ, согласуется с данными, имеющимися в литературе [8].

Анализируя возраст больных, у которых были обнаружены ЗППП, обращает на себя внимание то, что более половины больных (58.1%) приходится на возрастную группу от 21 до 30 лет и более четверти (26.7%) на лиц в возрасте от 31 до 40 лет. На возрастные группы до 20 лет и от 41 до 50 лет приходилось соответственно 7.5% и 6.6% и лишь небольшую часть (1.1%) составили пациенты в возрасте старше 50 лет.

По социальному положению преобладали служащие (34.0%) и числящиеся как не работающие - 26.1%. Реже обращались лица рабочих профессий - 16.1%, студенты - 11.1%, работники коммерческих структур - 8.0% и военнослужащие - 4.7%.

Большую часть (54.8%) составили женатые мужчины, реже холостые (41.9%) и значительно реже разведенные - 3.3% (табл. 1).

Так, если в 1993 году существенно преобладали больные гонореей, которые составляли 52.9%, далее следовали больные с трихомониазом - 39.2%, хламидиозом - 22.5%, рецидивирующим генитальным герпесом - 11.8%. Гарднереллез, мико- и уреаплазмоз выявлялись у 2.9% больных. Больные сифилисом составляли лишь 2.0% от всех лиц, у которых были выявлены ЗППП. Остроконечные кондиломы и уrogenитальный кандидоз не были диагностированы ни у одного больного.

На протяжении 5 лет отмечены достаточно высокие темпы роста заболеваемости сифилисом. К 1996 году их количество увеличилось в 5.6 раза и составило 11.1%. В 1997 г. отмечено некоторое замедление темпов роста обращаемости больных сифилисом.

За последнее время повсеместно отмечается уменьшение количества больных гонореей. Высказывается мнение, что происходит не уменьшение числа больных гонореей, а снижение числа случаев регистрации этой инфекции, которое не отражает истинной картины заболеваемости [2]. Этому способствует ряд обстоятельств. Во-первых, клиника свежего острого гонорейного уретрита достаточно типична и требует от больного принятия каких-то мер для ее ликвидации. Инфекция известна давно, и многие больные обладают определенным уровнем знаний как раз по части гонореи по сравнению с другими ЗППП. Именно уровня знаний самих больных или окружающих их лиц достаточно для того, чтобы заподозрить эту инфекцию и предпринять какие-либо меры. В качестве второй причины просматривается частое использование самолечения. В настоящее время существенно ослабел контроль за продажей многих лекарственных веществ, в том числе и антибиотиков. А между тем появилось достаточное количество антибиотиков, однократный прием которых позволяет санировать организм от гонококковой инфекции. Результаты наших наблюдений указывают на снижение обращаемости больных с гонореей, которая упала в 5 раз с 52.9% в 1993 г. до 10.6% в 1996 г. В 1997 г.

Таблица 1.

Структура больных ЗППП за 1993-1997 годы

Нозологические формы	Годы обращения больных										Всего от обратившихся		Всего от больных
	1993		1994		1995		1996		1997		n ₂ =1645		n ₃ =1319
	n ₁ =102		n ₁ =444		n ₁ =199		n ₁ =226		n ₁ =348				
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	%
Сифилис	2	2.0	10	2.25	10	5.0	25	11.1	36	10.3	83	5.0	6.3
Гонорея	54	52.9	204	45.9	37	18.6	24	10.6	50	14.4	369	22.4	28.0
Трихомониаз	40	39.2	223	50.2	102	51.3	119	52.7	142	40.8	626	38.1	47.5
Хламидиоз	23	22.5	119	26.8	80	40.2	67	29.6	179	51.4	468	28.4	35.5
Герпес	12	11.8	16	3.6	18	9.0	11	4.9	15	4.3	72	4.4	5.5
Гарднереллез	3	2.9	37	8.3	8	4.0	26	11.5	41	11.8	115	7.0	8.7
Мико- и уреаплазмоз	3	2.9	6	1.4	8	4.0	32	14.2	14	4.0	63	3.8	4.8
Остроконечные кондиломы	-	-	16	3.6	7	3.5	15	6.6	16	4.6	54	3.3	4.1
Кандидоз	-	-	5	1.1	11	5.5	8	3.5	44	12.8	68	4.1	5.2

Примечание: n₁ - количество больных, выявленных в данном году,

n₂ - количество мужчин, обратившихся за 5 лет,

n₃ - количество больных, выявленных за 5 лет

отмечено некоторое увеличение регистрации больных с гонококковой инфекцией.

Заболеваемость трихомониазом, вышедшая в 1994 г. по частоте обращаемости на первое место, удерживалась в течение 1994-96 гг. примерно на одинаковом уровне и составляла более половины всех больных, у которых были выявлены ЗППП. В 1997 г. обращаемость больных с трихомониазом уменьшилась почти на 12% по сравнению с предыдущими годами.

Заболеваемость урогенитальным хламидиозом на протяжении 5 лет выросла в 2.3 раза (с 22.5% до 51.4%), что в итоге в 1997 г. вывело эту группу больных на первое место.

Отмечается рост количества больных гарднереллезом в 4.1 раза с 2.9% в 1993 г. до 11.8% в 1997 г.

Значительно увеличилось количество больных урогенитальным кандидозом (с 1.1% в 1994 г. до 12.8% в 1997 г.). Данное обстоятельство, по-видимому, во многом связывается с ростом, в первую очередь, больных хламидиозом, который у ряда больных протекает в течение длительного времени, в связи с чем больные неоднократно получали антибиотики различных групп, преимущественно доксициклин, без прикрытия противогрибковыми препаратами.

Динамика заболеваемости по обращаемости в КАОЛ мико- и уреаплазмозом за последние 5 лет носит волнообразный характер с пиком (14.2%) обращаемости в 1996 г.

Относительно стабильна была ситуация с вирусными инфекциями. Так, количество больных, у которых выявлялись остроконечные кондиломы, на протяжении 5 лет было примерно на одинаковом уровне (3.5-6.6%). А количество больных,

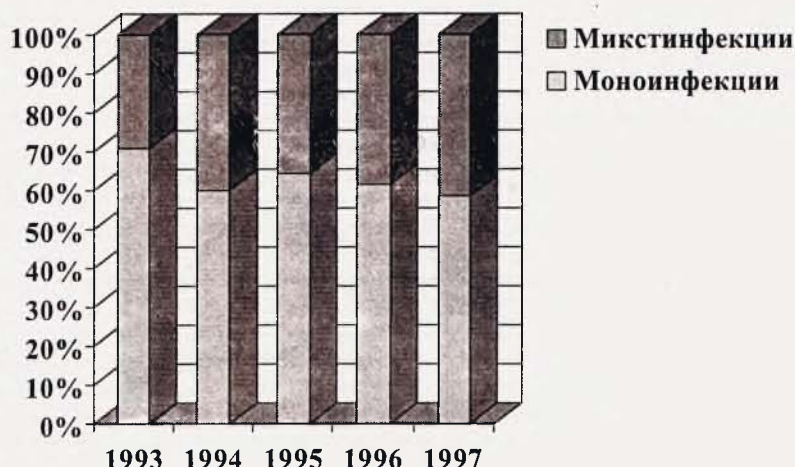


Рис. 1. Удельный вес моно- и микстинфекций у больных ЗППП за 1993-1997 гг.

обращающихся с рецидивирующим генитальным герпесом, имело тенденцию к снижению (соответственно с 11.8% в 1993 г. до 4.3% в 1997 г.).

Особенностью ЗППП последнего времени является то, что часто они встречаются в виде микстинфекций. Анализ динамики выявления моно- и микстинфекций показал тенденцию к увеличению последних (с 29.4% в 1993 г. до 41.1% в 1997 г.) (рис. 1.).

Между тем, не все ЗППП представлены с одинаковой частотой в группах с моно- и микстинфекциями. Из данных, приведенных в таблице 2, видно, что для таких инфекций, как сифилис (5.2% из 6.3%), рецидивирующий генитальный герпес (4.9% из 5.5%), остроконечные кондиломы (3.0% из 4.1%) более характерно выявление их в виде моноинфекции. Причем эта тенденция устойчиво сохранялась на протяжении 5 лет. Количество больных с гонореей, как моноинфекцией за 5 лет в структуре заболеваемости снизилось в 7.6 раза (с 30.4% до 4.0%). Количество больных с трихомониазом, как моноинфекцией до 1996 г. устойчиво росло (с 17.6% до 25.2%). В 1997 г. доля трихомониаза, как моноинфекции уменьшилась

Таблица 2.

Структура моноинфекций у больных ЗППП за 1993-1997 годы

Нозологические формы	Годы обращения больных										Всего от об- ратившихся		Всего от больных
	1993		1994		1995		1996		1997		n ₂ =1645	n ₃ =1319	
	n ₁ =102		n ₁ =444		n ₁ =199		n ₁ =226		n ₁ =348				
	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%	абс	%			
Сифилис	1	1.0	8	1.8	9	4.5	23	10.2	27	7.8	68	4.1	5.2
Гонорея	31	30.4	88	19.8	14	7.0	8	3.5	14	4.0	155	9.4	11.8
Трихомониаз	18	17.6	74	16.7	36	18.1	57	25.2	39	11.2	224	13.6	17.0
Хламидиоз	8	7.8	41	9.2	28	14.1	12	5.3	70	20.1	159	9.7	12.1
Герпес	12	11.8	15	3.4	18	9.0	7	3.1	12	3.4	64	3.9	4.9
Гарднереллез	1	1.0	18	4.1	5	2.5	9	4.0	12	3.4	45	2.7	3.4
Мико- и уреаплазмоз	1	1.0	3	0.7	1	0.5	9	4.0	4	1.1	18	1.1	1.4
Остроконечные кондиломы	-	-	16	3.6	7	3.5	12	5.3	5	1.4	40	2.4	3.0
Кандидоз	-	-	4	0.9	10	5.0	2	0.9	22	6.3	38	2.3	2.9
Всего	72	70.6	267	60.1	128	64.3	139	61.5	205	58.9	811	49.3	61.5

Примечание: n₁ - количество больных, выявленных в данном году,

n₂ - количество мужчин, обратившихся за 5 лет,

n₃ - количество больных, выявленных за 5 лет

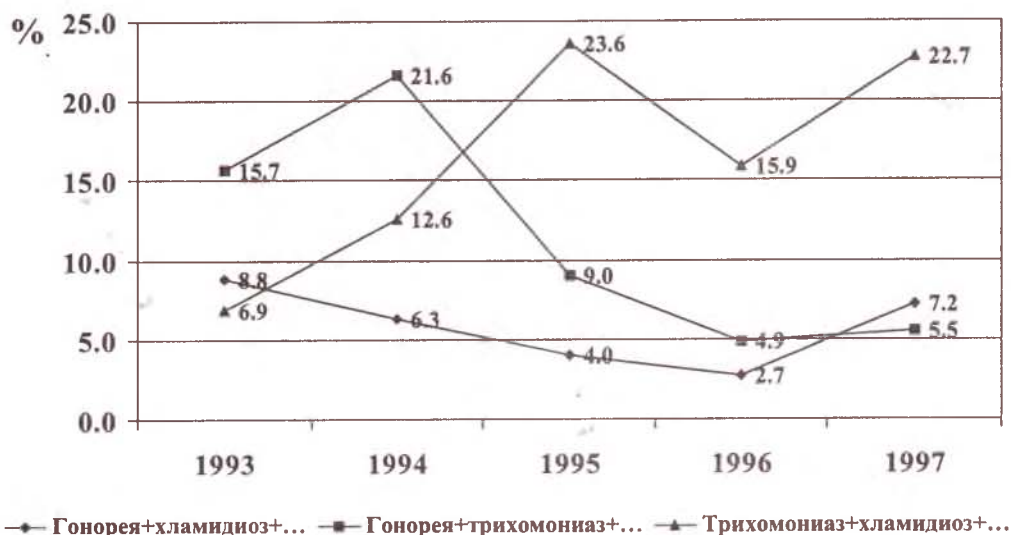


Рис. 2. Динамика основных микст-инфекций у больных ЗППП за 1993-1997 гг.

в 2.3 раза по сравнению с предыдущим годом, но осталась достаточно высокой в общей структуре заболеваемости и стала преобладающей в структуре микстинфекций. Несмотря на заметное увеличение в 1997 г. хламидиоза, как моноинфекции до 20.1% в общей структуре за 5 лет, он только в 1/3 случаев встречается как моноинфекция. Выявляемость больных гарднереллезом, урогенитальным кандидозом, мико- и уреаплазмозом в виде моноинфекций носила волнообразный характер.

Варианты комбинаций ЗППП, включая две, три, а иногда и более инфекций, были самые разнообразные, и за 5 лет было отмечено 48 различных вариантов микстинфекций. Тем не менее, несмотря на такое многообразие вариантов, анализ структуры смешанных инфекций показал (рис. 2), что наиболее часто регистрируются гонококко-трихомонадный, гонококко-хламидийный и трихомонадно-хламидийный варианты микстинфекций, как в виде двух, так и других инфекций, выявляемых с ними одновременно. Однако структура их на протяжении 5 лет также претерпела существенные изменения. Так, если в 1993 г. преобладала гонококко-трихомонадная инфекция, которая составляла 15.7%, за ней следовала гонококко-хламидийная инфекция (8.8%), а затем уже только трихомонадно-хламидийная (6.9%). После пика в 1994 г. (21.6%) количество больных гонококко-трихомонадной инфекцией постепенно снижалось и в 1996 г. составило 4.9%. В 1997 г. произошел незначительный рост таких больных, количество которых составило 5.5%.

Гонококко-хламидийная инфекция на протяжении 1993-1996 гг. также имела тенденцию к снижению (с 8.8% до 2.7%), по-видимому, за счет уменьшения больных гонореей в целом. В 1997 г. на фоне общего роста микстинфекций произошло увеличение количества таких больных до 7.2%.

Наиболее устойчивые и стабильные темпы роста отмечены среди больных трихомонадно-хламидийной инфекцией. Так, если в 1993 г. количество больных с трихомонадно-хламидийной

инфекцией составляло 6.9%, то в 1997 г. такой вариант микстинфекций регистрировался у каждого четвертого - пятого больного (22.7%). Рост количества больных хламидийно-трихомонадной инфекцией согласуется с темпами распространения хламидиоза и остающегося на достаточно высоких цифрах уровня заболеваемости трихомониазом.

Таким образом, на фоне увеличения общего количества больных с заболеваниями, передаваемыми половым путем, происходит изменение их структуры. Ведущее место в структуре ЗППП стали занимать хламидиоз и трихомониаз, как в виде моно-, так микстинфекций, оттеснив на задний план гонококковую и связанные с ней другие инфекции. Выявляемые смешанные инфекции приводят к изменению клинических проявлений отдельных инфекций, сопровождаются торпидностью течения и устойчивостью к проводимой терапии.

THE STRUCTURE AND DYNAMIC OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN MEN, SEEKING ANONYMOUS DIAGNOSTIC AND MEDICAL AID

A.I. Yakubovich

(Irkutsk State Medical University)

Clinico-epidemiological results of 1645 men seeking anonymous diagnostic and medical aid with sexually transmitted diseases have been obtained by examination in 1993-1997 years. In results of diagnostic investigation the different urogenital infections were revealed in 80.2% of the sick men. The high level of seeking patients with trichomonas, the stable incidence of men with viral infections, decreasing of gonorrhea and increasing of syphilis, urogenital candidiasis, particularly chlamydiasis were established. The tendency to elevating of mixed urogenital infections and the high rate of trichomonochlamidia infections were diagnosed.

Литература

1. Аковбян В.А., Резайкина А.В., Тихонова Л.И. Характеристика заболеваний, передаваемых половым путем, в России// Вестн. дерматол.- 1998.- № 1.- С. 4-6.
2. Аковбян В.А., Амозов М.Л., Анкирская А.М. и др. Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передаваемых половым путем/ Методические материалы под ред. К.К. Борисенко.- М., 1997.- 72 с.
3. Амозов М.Л., Собченко О.М., Еремина Н.В. Социально-эпидемиологическая характеристика пациентов, обратившихся в КАОЛ// Заболевания, передаваемые половым путем.- 1997.- № 6.- С. 86-87.
4. Борисенко К.К., Лосева О.К., Бондаренко Т.Ф. Опыт и перспективы работы кабинетов анонимного обследования на болезни, передаваемые половым путем// Вестн. дерматол.- 1997.- № 2.- С. 66.
5. Громыко А. И. Эпидемия заболеваний, передаваемых половым путем в странах Восточной Европы// Заболевания, передаваемые половым путем.- 1996.- № 6.- С. 22-25.
6. Конюхова К. А., Давыдова И. Р. Опыт работы анонимных кабинетов обследования и лечения, больных ЗППП в Тверской области// Вопросы диагностики, лечения и профилактики ЗППП и дерматозов.- Рязань, 1995.- С. 13-14.
7. Кубанова А.А., Кунцевич Л.Д., Аковбян В.А. и др. Особенности выявления заболеваний, передаваемых половым путем, у женщин, обращающихся в кабинет анонимной диагностики// Вестн. дерматол.- 1998.- № 3.- С. 74 -76.
8. Кунцевич Л.Д., Борщевская Р.П., Жукова Г. И. Клинико-эпидемиологические особенности гонореи у женщин, обращающихся с целью анонимной диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем// Вестн. дерматол.- 1995.- № 2.- С. 26-27.
9. Никулин Н.К., Матисон П.И., Ефимочкина Т.К. Клинико-эпидемиологическая характеристика мужчин, обратившихся в кабинет анонимной диагностики и лечения заболеваний, передаваемых половым путем// Вестн. дерматол.- 1998.- № 1.- С. 24-26.
10. Скрипкин Ю.К., Тихонова Л.И., Кубанова А.А. и др. Социально-эпидемиологические особенности заболеваний, передаваемых половым путем, в Российской Федерации// Тез. докл. 7 Российск. съезда дерматологов и венерологов.- Казань, 1996.- Ч. 3.- С. 19-21.
11. Тихонова Л. И. Эпидемиологическая ситуация с заболеваниями, передаваемыми половым путем, в России// Заболевания, передаваемые половым путем.- 1995.- № 4.- С. 15-21.
12. Яцуха М.В. Заболеваемость различными болезнями, передаваемыми половым путем, в России// Тез. докл. 7 Российск. съезда дерматологов и венерологов.- Казань, 1996.- Ч. 3.- С. 31-33.