



**В.Р. МИШАНОВ**

УДК 616.97(470.341)

Нижегородский научно-исследовательский кожно-венерологический институт

## Заблеваемость ИППП в Нижегородской области (статистика и размышления на фоне мирового кризиса)

**Мишанов Владимир Рудольфович**

кандидат медицинских наук,

старший научный сотрудник отделения ИППП

603950, г. Нижний Новгород, ул. Ковалихинская, 49Г

*Современный период развития России (конец XX - начало XXI века) характеризуется эпидемической динамикой по инфекциям, передаваемым половым путем. Увеличение диагностических и лечебных возможностей отчасти способствовало самоуспокоенности в вопросах контроля ИППП. При относительных успехах в борьбе с ИППП 1-го поколения (сифилис, гонорея, трихомониаз) и недостаточно эффективном контроле ИППП 2-го поколения (хламидиоз, вирусные инфекции) сохраняется большое поле деятельности для совершенствования дерматовенерологической службы.*

**Ключевые слова:** инфекции, передаваемые половым путем, Нижегородская область.

**V.R. MISHANOV**

## Morbidity of sexually transmitted infections in the Nizhniy Novgorod area (Statistics and reflections on a background of world crisis)

*The modern period of development of Russia (the end XX - the beginning of XXI century) is characterized by epidemic dynamics on the sexually transmitted infections. Increase in diagnostic and medical opportunities partly promoted to complacency in questions of control sexually transmitted infections. At relative successes in struggle with sexually transmitted infections 1-st generations (syphilis, gonorrhoea, trichomoniasis) and is not enough effective control sexually transmitted infections of 2-nd generation (chlamydia, virus infections) is remain a big field of action for perfection dermatovenerological service.*

**Keywords:** sexually transmitted infections, the Nizhniy Novgorod area.

Мир вступил в эпоху глобальных кризисов. Несомненным бонусом этого времени является рассеивание иллюзии неуклонности и непрерывности прогресса, что должно привести к более глубокой и взвешенной оценке достижений прошлого, на фундаменте которых строится медицина. Уве-

личение диагностических возможностей, скрининг новых антибиотиков, разработка простых эффективных стандартов лечения, являющиеся несомненными достижениями мировой и отечественной дерматовенерологии, отчасти способствовали самоуспокоенности в вопросах контроля

инфекций, передаваемых половым путем. Современный период развития России (конец XX — начало XXI века) характеризуется эпидемической динамикой по ИППП, ВИЧ-инфекции, гепатитам, туберкулёзу, демонстрирует высокие риски инфицирования на фоне выраженного снижения иммунологической защищенности населения, что, в свою очередь, способствует развитию резистентных к лечению форм заболеваний.[1]

**Эпидемический подъем ИППП** (в первую очередь сифилиса), совпавший с периодом распада СССР, привел к резкому (на два порядка!) увеличению числа больных (до 201 случая сифилиса на 100.000 населения Нижегородской области в 1997 году) и нарастанию «снежного кома» реконвалесцентов с сохраняющимися положительными серологическими реакциями на сифилис. С 1993 года (начало эпидемического подъёма) переболело сифилисом более 50.000 жителей Нижегородской области, причём доля людей в молодом, активном детородном возрасте является наиболее значительной.

Характерно, что сейчас, при спаде эпидемии, снижение интенсивных показателей заболеваемости сифилисом замедлилось, не только не достигнув значений межэпидемического периода 1960-х и 1980-х годов (2-4 случая на 100.000 населения), но и превышая эпидемический максимум 1978 года (45,5 на 100.000 населения по Нижегородской области). Последние данные по заболеваемости сифилисом в Нижегородской области составляют 50,6 на 100.000 населения в 2008 году, что пока ещё на порядок превышает и уровень развитых стран, и бывшие союзные показатели.

Классические положения сифилидологии подразумевают увеличение скрытых и поздних форм сифилиса при снижении заболеваемости заразными формами в фазе резервации эпидемического процесса. Статистика последних лет подтверждает увеличение доли раннего скрытого сифилиса (49% из всех больных сифилисом в Нижегородской области в 2008 году), что значительно превышает данные прежних исследований (23,9-33,7%)[2]. Одновременное увеличение числа больных скрытым поздним, неуточненным и нейросифилисом (4,7% всех больных сифилисом в Нижегородской области в 2008 году) отражает подводную величину айсберга заболеваемости сифилисом и недостатки системы его выявления.

Вместе с тем особенностью нынешнего периода является широкое распространение анонимного (часто — нерегистрируемого!) лечения и самолечения больных с ранними формами сифилиса. Доступность самолечения и широкое использование антибиотикотерапии на приёме (особенно платном!) врачами многих специальностей (урологи, гинекологи, андрологи etc.) способны сыграть «злую шутку» как в оценке эпидемической ситуации, так и в нарастании устойчивости возбудителя к антибиотикам.

Возможности генетического мониторинга в отношении *T. pallidum* и усилия, предпринимаемые в этом направлении, безусловно, имеют важный научный характер, но их практическая составляющая пока носит отдаленный характер.

При неимении возможности серьезного контроля на микробиологическом уровне, представляется тем более важным контроль макробиологической (социально-популяционной) составляющей эпидемиологического процесса.

Одним из ключевых звеньев в противозидемической работе, потеря которого резко снижает эффективность системы диспансерного наблюдения, всегда являлось выявление источников заражения и контактов у больных ИППП. На сегодня выявление данных полового и бытового анамнеза ушло на задний план (в 2008 году в Нижегородской области количество обследованных контактов составило всего 1,01 на 1 больного сифилисом, из них половых партнёров - 0,48, при гонококковой инфекции обследовано 0,22 половых контакта на 1 больного). Это связано как с современными особенностями менталитета больных, так и со снижением активности противозидемической работы врачами всех специальностей, в том числе и дерматовенерологами. Не до конца отлажена система медицинских осмотров и особенно обследование целевых (уязвимых) групп населения. Необходимо изменение сложившейся ситуации.[3]

Отказ от «карательной» медицины (исключение из Уголовного кодекса РФ статей за уклонение от лечения венерической болезни и поставление другого лица в опасность заражения) привёл к смене недемократического принципа «защита общества от больного» на сегодняшний — «каждый хозяин своего здоровья». Однако на практике мы зачастую сталкиваемся с новой проблемой — отсутствием информации о диагнозе, качестве лечения и результатах серологического контроля пациентов, лечившихся по поводу сифилиса на платном приёме. Это размывает ответственность врача за итог лечения и является одним из важных факторов как гипо-, так и гипердиагностики сифилиса, нарушая тем самым ключевое право самого больного — право на охрану здоровья.

Радикальным подходом в решении этой проблемы представляется возврат к полной регистрации всех больных сифилисом (для компьютерного учёта достаточно ФИО и возраста!), сохраняя анонимность места жительства и работы пациента. Этот вариант требует изменений в составлении экстренного извещения по форме №089/ у-кв (приказ МЗ России от 12.08.2003 г. №403), что непросто в современных условиях функционирования системы здравоохранения (необходимы административные решения на высшем уровне). Первым шагом на региональном уровне может стать обязательная (под роспись!) выдача справки (или специальной памятки) всем больным сифилисом независимо от формы лечебного учреждения с указанием ФИО, диагноза, лечения, данных серологического контроля и рекомендацией добровольной постановки на учёт как «сероконвалесцента» по сифилису. Доверие пациентов должно быть оправдано тем, что разглашение этих личных данных органами контроля может проводиться только по решению суда. При проверках анонимных кабинетов, проводимых в области, целесообразно акцентировать контроль на этом моменте.

**Заболеваемость гонореей** в Нижегородской области с 2000 года продолжает снижаться, составив в 2008 году



37,9 случаев на 100.000 населения. Федеральные показатели имеют сходную динамику. Этот факт (казалось бы отрадней!) не вызывает доверия. Низкая регистрация (а по данным нашего областного кожно-венерологического диспансера в большом ряде районов за 2008 год не выявлено ни одного случая гонореи!) предполагает плохое качество работы лабораторной службы (неправильный забор материала, недостаточная квалификация врачей-лаборантов, отсутствие бактериологического исследования на гонорею) и широкое распространение самолечения пациентов, а также синдромного лечения больных гинекологами и урологами без лабораторного обследования.

**Заболееваемость трихомониазом** в Нижегородской области также сохраняет динамику снижения на протяжении последних лет. Интенсивный показатель 2008 года по Нижегородской области составил 141,4 на 100.000 населения (на 8,9% меньше, чем в 2007 году). Хорошо, что, видимо, стало меньше лабораторной гипердиагностики, плохо – массовое самолечение, способствующее хронизации инфекции, и широкое использование препаратов противоязробной терапии в стандартах гинекологического, урологического и даже терапевтического лечения без полноценной лабораторной диагностики.

**Заболееваемость хламидиозом** в Нижегородской области в 2008 году по отношению к прошлому году увеличилась на 20,6% и составила 45,6 случаев на 100.000 населения. На протяжении последних 10 лет статистика фиксирует волнообразные колебания заболееваемости, по-видимому, связанные как с особенностями скрытого течения самой хламидийной инфекции, частым отсутствием лечения половых партнеров, так и с изменением возможностей лабораторной диагностики в регионе.

Учитывая то, что в экономически развитых странах урогенитальный хламидиоз – самая частая инфекция, передаваемая половым путём [4], уже сегодня необходима разработка единых стандартов диагностики и терапии (пока нормативные документы носят рекомендательный характер) и включение тестов на хламидиоз в график обязательных медицинских осмотров. Увы, по данным Нижегородского ОКВД в ряде крупных районов области до сих пор даже не организовано обследование на хламидийную инфекцию.

**Заболееваемость урогенитальным герпесом** в Нижегородской области в 2008 году по отношению к 2007 году выросла на 94,5% и составила 23,9 случаев на 100.000 населения области. Значительный рост числа выявленных больных, вероятно, связан как со снижением иммунологической резистентности населения, так и с улучшением регистрации.

**Заболееваемость аногенитальными бородавками** в Нижегородской области также подтверждает неблагопо-

лучие на фронте борьбы с вирусными ИППП. Интенсивный показатель 2008 года вырос по отношению к прошлому году на 5,1% и составил 30,8 случаев на 100.000 населения.

Хочется подчеркнуть высокий удельный вес подростков среди всех заболевших ИППП в Нижегородской области, сохраняющийся все последние годы. То, что пятая часть больных с вновь выявленными аногенитальными бородавками (остроконечными кондиломами) в Нижегородской области – тинэйджеры (15-19 лет), придаёт особую значимость данной проблеме, учитывая высокий онкогенный риск для инфицированных в будущем.[5]

**И в заключение:** несмотря на относительные успехи в борьбе с ИППП 1-го поколения (сифилис, гонорея, трихомониаз), и при недостаточно эффективном контроле ИППП 2-го поколения (хламидиоз, вирусные инфекции) сохраняется большое поле деятельности для совершенствования дерматовенерологической службы в разделах лабораторной диагностики, врачебной и организационно-методической деятельности по контролю над инфекциями, передаваемыми половым путём.

Уверен, что региональный опыт (а Нижегородская область традиционно фокусирует общероссийские тенденции) послужит важным ориентиром для снижения заболееваемости ИППП в России в целом.

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Кубанова А.А., Тихонова Л.И. Дерматовенерология в России. Реальность и перспективы. Вестник дерматологии и венерологии 2004;2:4-11.
2. Милич М.В. Эволюция сифилиса. М: Медицина; 1987.
3. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путём, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. (ВОЗ) Вестник дерматологии и венерологии 2008;5:97-122.
4. Доказательная медицина. Ежегодный краткий справочник. Выпуск 4. Перевод с английского. Москва: Медиа Сфера;2006;321-342.
5. Кунцевич Л.Д., Никулин Н.К., Шибеева Е.В., Мишанов В.Р. Частота выявления ВПЧ высокой, средней и низкой онкогенности в различных очагах поражения у мужчин и женщин. Российский журнал кожных и венерических болезней 2005;2:49-51.