

Определение факторов риска, влияющих на заболеваемость венерическими болезнями

Ю.Н. Попов, ст. преподаватель, **А.Н. Саньков**, к.м.н., ФГБОУ ВПО Оренбургский ГМУ; **А.Г. Папин**, гл. врач, ГБУЗ ОКВД; **Г.Ф. Лозовая**, ФГБОУ ВПО Башкирский ГМУ

Венерические болезни, составляющие большой класс заболеваний, передающихся половым путём, продолжают оставаться серьёзной социальной и нравственной проблемой в силу своей большой распространённости. По данным Министерства здравоохранения, ежегодно в России регистрируется более 1 млн случаев заражения инфекциями, передающимися половым путём. В связи с этим совершенствование методов диагностики, лечения и профилактики дерматовенерологических заболеваний приобретает первостепенное значение.

Цель исследования — анализ уровня заболеваемости дерматовенерологическими заболеваниями в Оренбургской области и определение степени влияния на него различных факторов риска.

Материалы и методы исследования. Методологическую основу исследования составили данные из источников отечественной и зарубежной литературы по лечению дерматовенерологических заболеваний, статистическая отчётность министерства здравоохранения Оренбургской области за 2010–2011 гг., данные годовых статистических отчётов кожно-венерологических диспансеров г. Оренбурга и Оренбургской области за 2010–2011 гг.

Результаты исследования. В настоящее время насчитывается более 20 заболеваний, передаваемых половым путём (ЗППП). Они характеризуются высокой контагиозностью и сравнительно быстрым распространением среди определённых групп населения. Опасность венерических заболеваний состоит в том, что они очень часто протекают бессимптомно или же выражаются незначительными

симптомами. В большинстве случаев ЗППП, если человек не получает адекватного лечения, способны давать серьёзные осложнения. Часто это бесплодие у мужчин и женщин, прерывание беременности или угрозы прерывания, опасность преждевременных родов и выкидышей [1, 2].

Важная роль в распространении венерических болезней принадлежит разнообразным факторам. Это демографические сдвиги (изменения в возрастной и половой структуре населения), социально-экономические факторы (уровень развития общества, урбанизация, материальная обеспеченность, социальная принадлежность), резистентность к противомикробным средствам в связи с адаптационными изменениями возбудителей инфекций, сопутствующие хронические заболевания, нарушение иммунной системы, экологические условия окружающей среды.

В последние годы по стране в целом наблюдается уменьшение числа регистрируемых случаев сифилиса: в 2007 г. — 144 чел. на 10 тыс. населения, в 2011 г. — 81,8 чел. на 10 тыс. населения (рис. 1). Это прежде всего связано с реализацией федеральной программы «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями» на 2007–2012 гг. Аналогичная тенденция прослеживается и по Оренбургской области.

Вместе с тем уровень заболеваемости по данным нозологиям, несмотря на положительные сдвиги, по-прежнему остаётся очень высоким. Следует отметить, что уменьшается лишь количество зарегистрированных больных заболеваниями данной группы, а общий уровень заболеваемости, по оценкам специалистов, превышает официальный, как минимум, в три раза. Это объясняется снижением обращаемости населения в дерматологические учреждения [3].

Заболевания, передаваемые половым путём, по распространённости в Оренбургской области можно разделить на несколько подгрупп. В первую входят заболевания, имеющие наиболее высокую распространённость среди жителей г. Оренбурга. В этой группе уровень заболеваемости по областному центру выше среднего по Оренбургской области. К таким нозологиям относится хламидиоз (рис. 2). Распространённость хламидиоза в Оренбургской области ниже, чем в г. Оренбурге, на 30%.

Однако необходимо заметить, что заболеваемость хламидиозом в области в целом растёт (с 146,1 чел. в 2007 г. до 155,1 чел. в 2011 г. на 10 тыс. населения), а в областном центре уменьшается (с 329,5 чел. в 2007 г. до 220,2 чел. на 10 тыс. населения в 2011 г.).

Аногенитальные бородавки (АГБ) и герпес уrogenитальный тоже относятся к группе болезней,

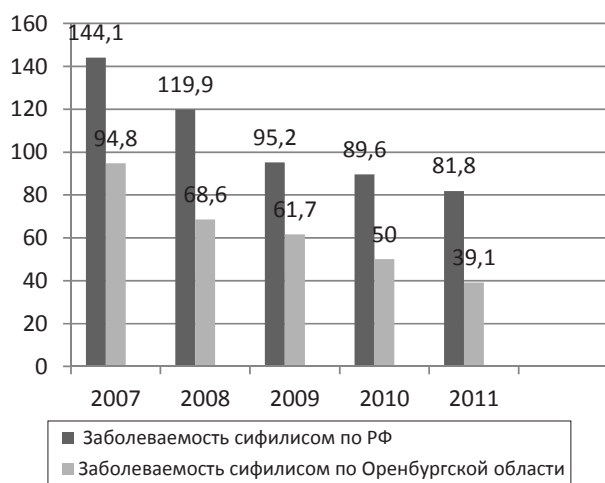


Рис. 1 – Динамика заболеваемости сифилисом по Российской Федерации и Оренбургской области за 2007–2011 гг. (на 10 тыс. населения)



Рис. 2 – Динамика заболеваемости хламидиозом по Оренбургской области и г. Оренбургу в 2007–2011 гг., на 10 тыс. чел.

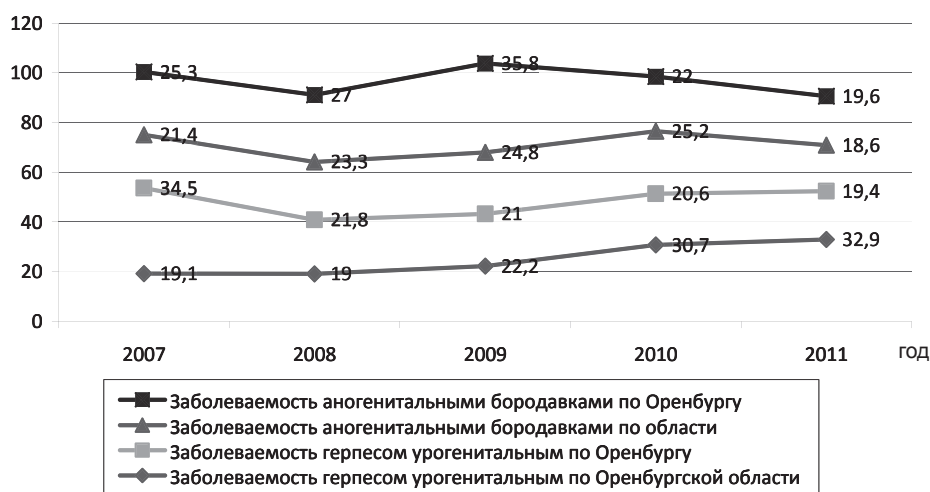


Рис. 3 – Динамика заболеваемости урогенитальным герпесом и аногенитальными бородавками по Оренбургской области и г. Оренбургу в 2007–2011 гг. (на 10 тыс. населения)

уровень заболеваемости которыми в областном центре выше среднего по Оренбургской области (рис. 3). Так, количество заболевших урогенитальным герпесом увеличилось в г. Оренбурге почти в 1,5 раза, АГБ – также почти в 1,5 раза.

Уровень заболеваемости урогенитальным герпесом значительно вырос за 5 лет: с 19 чел. в 2007 г. до 32,9 в 2011 г. на 10 тыс. населения. Уровень заболеваемости АГБ, наоборот, уменьшился с 21,4 в 2007 г. до 18,6 чел. на 10 тыс. населения в 2011 г.

Распространённость хламидиоза и урогенитального герпеса на всей территории Оренбургской области, в г. Оренбурге и других областных городах примерно одинаковая, но заболеваемость АГБ в г. Оренбурге значительно выше по сравнению со средними для области показателями.

Заболеваемость жителей сельской местности болезнями данной группы значительно ниже, чем среди городского населения, причём большинство заболевших сосредоточено в г. Оренбурге. Уровень заболевших хламидиозом в сёлах по сравнению с областным центром в 8 раз ниже, а АГБ и герпесом урогенитальным – в 13 раз и более ниже.

Во вторую группу ЗППП по распространённости входят гонорея и сифилис. Для них характерна относительно равномерная и высокая (2-е и 3-е места) заболеваемость среди жителей городов Оренбуржья. Среди сельского населения заболеваемость гонореей примерно в 3 раза меньше, сифилисом – в 2 раза меньше по сравнению с горожанами (рис. 4).

Мы полагаем, что данные о более низком уровне заболеваемости сельчан сифилисом и гонореей, скорее всего, не отражают реальной картины. Это можно объяснить тем, что по ряду причин сельские жители меньше охвачены профилактическими осмотрами, а по статистике РКВД, до 80% заболевших выявляется именно во время профилактических осмотров. Более высокий уровень выявления заболеваний в городах по сравнению с сёлами связан также с тем, что дерматовенерические учреждения в основном сосредоточены в городской местности. Кроме того, уровень культуры и просвещённости в вопросах медицины среди горожан выше, и они внимательнее к своему здоровью, чем жители села [4, 5].

В последние годы заболеваемость сифилисом несколько снизилась, но резко увеличилось число

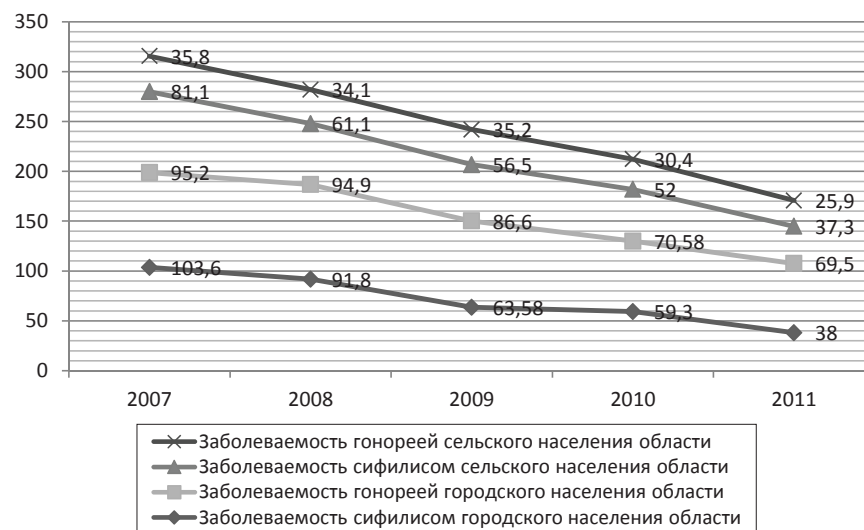


Рис. 4 – Динамика заболеваемости сифилисом и гонореей среди городского и сельского населения Оренбургской области в 2007–2011 гг. (на 10 тыс. населения).

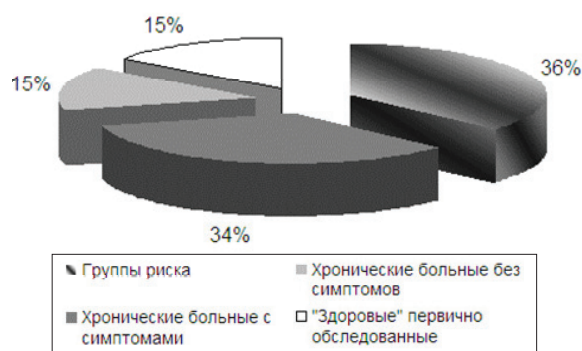


Рис. 5 – Частота выделения *Trichomonas vaginalis* методом ПЦР у различных групп больных

заболевших среди несовершеннолетних, молодёжи и среди сельских жителей, где ещё совсем недавно уровень ИППП был довольно низким.

В третью группу венерических заболеваний по распространённости входит трихомониаз. Для Оренбургской области характерны следующие особенности его распространения: а) заболеваемость по г. Оренбургу ниже, чем по области; б) уровень заболеваемости в сельской местности ниже, чем в городской, примерно в 2 раза; в) заболеваемость по городам Оренбуржья, исключая областной центр, выше средней по области; г) наиболее высокий уровень заболеваемости по области наблюдается именно по этой нозологии. На рисунке 5 показана частота выявления вагинального трихомониаза у различных групп больных.

При рассмотрении заболеваемости по половозрастной структуре можно заметить, что уровень больных трихомониазом в возрасте от 0 (внутриутробное заражение и бытовой путь передачи) до 25 лет растёт, а затем несколько снижается [6]. Фактически затрагивается наиболее работоспособное, вовлечённое в процесс производства товаров и услуг, население в возрасте от 20 до 29 лет.

Выводы. На современном этапе развития медицины большинство дерматовенерологических заболеваний успешно лечится за сравнительно небольшой промежуток времени, но лечение ЗППП в хронической форме представляет более серьёзную проблему. В России существует большая сеть кожно-венерологических диспансеров и стационаров, кожно-венерологических отделений и кабинетов в поликлиниках и амбулаториях [1, 7]. Однако уровень заболеваемости ИППП продолжает оставаться недопустимо высоким, несмотря на некоторые колебания в ту или иную сторону.

В связи с этим перед клинической дерматологией стоят важные задачи дальнейшей нозологической дифференциации, детализации и углубления нозологических характеристик, изучения разнообразия форм и стадий развития дерматозов, чувствительных или резистентных к тому или иному виду лечения и прогностически различных [2, 8]. Результаты клинических исследований, подкрепляемые экспертными и статистическими методами, успешно используются в дерматологической практике, в т.ч. в виде ориентировочных стандартов последовательных уровней и этапов лечения и обследования больных с разными формами и стадиями болезни.

Литература

1. Бутова Ю.С. Кожные болезни и инфекции, передающиеся половым путём. Руководство для врачей. М.: Медицина, 2002. С. 134–145.
2. Иванова О.Л. Кожные и венерические болезни. Справочник. М.: Медицина, 1997. 345 с.
3. Молочков В.А., Ильин И.Н. Хронический уретрогенный простатит. М.: Медицина, 2003. 340 с.
4. Иванова О.Л. Кожные и венерические болезни. М.: Медицина, 2002. 245 с.
5. Пальцев М.А., Потекаев Н.Н., Казанцева И.А. Клинико-морфологическая диагностика заболеваний кожи (атлас). М.: Медицина, 2006. 245 с.
6. Ляховицкий Н.С. Трихомоноз мужчин, женщин и детей. М., 1966.
7. Воробьева А.А. Полимеразная цепная реакция и её применение для диагностики в дерматовенерологии. М.: Медицинское информационное агентство, 2004. С. 107–110.
8. Снарская Е.С., Молочков В.А. Базалиома. М.: Медицина, 2003. 340 с.