

*Орозбекова Б.Т., Киргизбаев З.А.*

**ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА МИКСТ-ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ ПО МАТЕРИАЛАМ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Orozbekova B.T., Kirgizbaev Z.A.*

**EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION OF MIX-INFECTION TRANSMITTED BY SEXUAL WAY BY THE MATERIALS OF OSH REGION**

УДК: 616.99-036.2:616.981.23

В статье представлены особенности и аналитическая оценка распространенности микст-инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) в Ошской области Кыргызской Республики. Полученные данные, свидетельствующие о динамике роста ИППП среди популяции, что необходимо учитывать при планировании профилактических мероприятий регионе.

**Ключевые слова:** микст-инфекции, ИППП, эпидемия, профилактика, фактор, распространение.

In article is presented age particularities and analytical estimation spreading of infections, sent sexual by way (ISSW) in Osh area Kyrgyz Republics. The data shows growing dynamic of ISSW amongst population, which necessary to take into planning of preventive action in region.

**The keywords:** mix-infections, ISSW, epidemic, preventive maintenance, factor, spreading.

С 1991 года эпидемия ИППП полностью охватила территории всех постсоветских государств. При этом во многих республиках уровень заболеваемости ИППП в среднем увеличился в 15-20 раз [1, 2], на территории 35 субъектов Российской Федерации уровень заболеваемости сифилисом превысил общий по стране, а в отдельных регионах в несколько раз.

В Кыргызстане ИППП также является одной из наиболее важных медико-социальных проблем государства, острота их обусловлена эпидемическим ростом сифилиса, ВИЧ-инфекции и других ИППП.

Заболеваемость по обращаемости косвенно позволяет судить о потребностях населения в медицинской помощи, ее доступности и о качестве диагностики и регистрации ИППП в лечебных учреждениях.

В этой связи заметим, что ИППП довольно широко распространены в Ошской области. Уровень ИППП по регионам Ошской области имеет 2-5 кратные различия. Заболеваемость населения сифилисом варьировал в разные годы от 3,05 до 13,0 на 100 тыс. населения, гонореей - в интервале от 0,63 до 2,33. Из общего числа зарегистрированных больных сифилисом более половины (51,5%) приходился на город Ош. Высокий уровень заболеваемости в г. Ош, объясняется тем, что в областном центре лучше налажена лабораторная диагностика, чем в других регионах, однако главной причиной является стремительное развитие в областном центре сексуального рабства и

сексуального бизнеса с вовлечением малоимущих категорий молодежи, склонных к асоциальному поведению.

По материалам южного территориального кожно-венерологического диспансера Ошской области из числа обследуемых женщин 3,1% больны гонореей, 4,2% - трихомонозом и 51,6% - гарднереллезом. При этом отмечается четкая тенденция к увеличению уровня инфицированности гонореей. Так, в 2003 г. заболеваемость гонореей среди женщин фертильного возраста составляла 1,5%, а в 2005г. - уже 5,4%, тогда как заболеваемость гарднереллезом снижается (табл.1).

Таблица 1.

**Инфицированность ИППП женщин фертильного возраста 15-49 лет в %**

Годы	Число обследованных	в % к числу обследованных			
		Гонорея	Трихомоноз	Хламидиоз	Гарднереллез
2003	3700	1,5±0,2	4,6±0,3	0,4±0,1	97,6±0,2
2004	2900	2,4±0,3	2,4±0,3	0,3±0,1	53,1±0,9
2005	3250	5,4±0,4	5,4±0,4	0,5±0,2	51,6±0,9
Всего	9850	3,1	4,2	0,4	51,6

В итоге заметим, что в целом в возрастной группе 20-49 лет число больных сифилисом превышает число больных гонореей за счет возрастных групп 30-39 и 40-49 лет (табл.2). Интерпретация этих данных нами истолкована таким образом, что лица старшего возраста чаще занимаются самолечением гонореи или лечатся у знакомых врачей без последующей регистрации.

Таблица 2.

**Соотношение больных сифилисом и гонореей в возрастной группе 20-49 лет**

Форма нозологии	Всего	в том числе в возрасте		
		20-29	30-39	40-49
Сифилис	98,9	50,5	30,2	18,2
Гонорея	89,8	60	22,8	7
Соотношение - сифилиса/гонорее	1,1	0,8	1,3	2,6

Полученные нами данные свидетельствуют, что возрастная структура населения влияет на распространенность заболеваний передаваемых половым путем. Основным распространителем ИППП являются лица в возрасте 20-25 лет. Для людей этого возраста присуща наиболее высокая сексуальная потребность. В период расцвета заболеваемости сифилисом в эпидемиологический процесс вовлекаются дети в возрасте 7-14 лет и подростки 15-17 лет. Наиболее активно омоложение сифилисом происходило с 1994 по 1997 гг. С 1997г. омоложение сифилитического процесса пошло на убыль и к 2003г. больных сифилисом в возрасте 7-14 лет не стало. Фаза затухания эпидемического процесса характеризуется увеличением числа детей в возрасте от 0 до 6 лет и лиц старше 50 лет. В целом, за исследуемый период наметилась явная тенденция к снижению заболеваемости ИППП, особенно сифилисом и гонореей. Наиболее выраженная тенденция к снижению заболеваемости отмечена среди подростков 15-17. ИППП нового поколения имеют волнообразный характер развития, а такие инфекции как гарднереллез, хламидиоз, кандидоз и герпес имеют четкую направленность к росту, особенно среди лиц в возрасте 20-25 лет.

При изучении динамики ИППП отмечена тенденция к снижению заболеваемости гонореей и сифилисом начиная с 2004 года. На фоне снижения заболеваемости населения гонореей и сифилисом отмечен интенсивный рост числа ИППП «нового поколения». Это - гарднереллез, кандидоз и аногенитальный герпес. Число вновь выявленных случаев гарднереллезом с 2000 по 2007 гг. выросло в 4 раза. Интенсивное снижение заболеваемости сифилисом и гонореей еще не говорит о благополучии и ликвидации этих заболеваний в ближайшем будущем. Несоответствие числа больных сифилисом и гонореей, указывает на несовершенство регистрации ИППП, которые в основном, выявляются при обращении в медицинские учреждения при проведении диагностических мероприятий. К тому же настораживает рост нейросифилиса, врожденного сифилиса и латентных форм сифилиса. Необходимо мобилизовать все ресурсы на организацию эпидемиологического расследования и контроля за качеством, проведенного лечения.

Вышеназванные нозологические формы ИППП, в основном, регистрировались в медицинских учреждениях и акушер-гинекологами во время различных профилактических осмотров. Вместе с тем проведенные нами исследования показали, что среди них достаточно высокий процент носителей «новых» ИППП, в частности кандидозы выявлены -

у 15,4%, трихомонозы - 9,8%. Данные виды инфекций чаще выявлялись в группе сельских школьников.

В группе лиц с ИППП наличие моноинфекций оказалось только у 34,7% (табл.4.19).

Таблица 4.19.

**Микстинфекция при различных ИППП**

Наименование БППП	из них самостоятельно и сочетания							
	Всего	Сифилис	Гонорея	Трихомоноз	Хламидиоз	Гарднереллез	Урогенитальный кандидоз	Аноурогенитальный герпес
Сифилис	995	<b>66,0</b>	9,2	6,1	2,0	9,0	4,5	3,2
Гонорея	1063	9,2	<b>36,0</b>	28,2	10,1	10,5	5,3	0,7
Трихомоноз	1507	6,1	28,2	<b>15,5</b>	24	17,3	6	2,9
Хламидиоз	784	2	10,1	24	<b>32,0</b>	37	13	14
Гарднереллы	968	9	10,5	17,3	37	<b>22,0</b>	2,1	2,1
Урогенитальный кандидоз	417	4,5	5,3	6	12,9	2,1	<b>53,0</b>	16,2
Аноурогенитальный герпес	246	3,2	0,7	2,9	14	2,1	16,2	<b>61,0</b>
Всего: абс.чис.	5980	995	1063	1507	784	968	417	246

Так, при сифилисе моноинфекция выявлена в 66,0% случаев. Сифилис в сочетании с гонореей - 9,2%. Сочетание гонореи с трихомонозом в 28,2% и гарднереллезом - в 10,1% случаев. Трихомоноз, как самостоятельное заболевание, определялось лишь в 15,5%. Хламидиоз, как правило часто, сочетался с гарднереллезом в 37,0% и трихомонозом в 24,0% случаев. Гарднереллез как самостоятельное заболевание регистрировался в 22,0%, урогенитальный кандидоз - в 53,0% и урогенитальный герпес - в 61,0%. Данное обстоятельство объясняется рядом социальных и других факторов. Среди них заслуживают внимания поведенческие установки - сексуальная активность, частая смена половых партнеров и их число, возраст, в котором начата половая жизнь, бытовые привычки, а также гормональный и иммунный статус обследованных лиц. Одним из наиболее часто констатируемых ИППП, сопровождающихся высоким риском развития осложнений, являлся бактериальный вагиноз, который оценивался как одно из главных условий, способствующих распространению ИППП.

Таким образом, у больных сифилисом и гонореей наряду с основным возбудителем в 34,0% выявлены другие ИППП (кандидоз, трихомоноз, гарднереллез и другие). Гонорея также (64,0%) протекала в виде микстинфекции (гонорейно - трихомонадная, гонорейно - хламидийная, гонорейно - гарднереллезная, гонорейно - кандидозная). Возбудители трихомоноза и другие также часто встречались в ассоциации с другими

инфекционными агентами. Это имеет важное эпидемиологическое значение, поскольку среди больных трихомониазом скрываются потенциальные источники гонококковой инфекции. Поэтому всех больных необходимо обследовать в обязательном порядке на наличие других инфекций урогенитального тракта, передаваемых половым путем (хламидии, уреаплазмы и др.).

**Литература:**

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И. Болезни передаваемые половым путем, уроки прошлого, взгляд будущее//Вестник дерматологии и венерологии. – 1995. – С. 16-19.
2. Скрипкин Ю.К. и др. Дерматозы и заболевания, передаваемые половым путем // Москва - Смоленск, 1999. – 352с.

**Рецензент: д.мед.н., профессор Василевский М.Г.**

---