

1. Адамян Л.В., Белобородов С.М., Холин А. Современные принципы антимикробной терапии воспалительных заболеваний органов малого таза // Пробл. репрод. - 2005. - № 6. - С. 31-38.

2. Баткаев Э. А., Рюмин Д. В. Современные проблемы венерологии // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. - №4. – 45-52.

3. Бондаренко Г.М. Болезнь Рейтера: современные подходы к лечению // Клінічна імунологія, алергологія, інфектологія. – 2009. - №1. – с. 69-72.

4. Кисина В.И., Прилепская В.Н., Соколовский Е.В. и др. Роль микоплазмы в урогенитальной патологии // Врач. – 2007. - №2. – С. 3-6.

5. Мавров Г. И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Монография. – К., 2005. – 524 с.

6. Мавров Г.И., Чинов Г.П., Щербакова Ю.В. Особенности применения азитромицина («Сумамед») в лечении хронического урогенитального хламидиоза // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2010. - №1 (36). - С. 97-100.

7. Larry I Lutwick, Renuka Haddurshetti, Jeffrey Blitstein. Урогенитальная хламидийная инфекция // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. - №8(27). – с. 26-30.

## **ЭТИОПАТОГЕНЕТИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ХЛАМИДИЙНОЙ И МИКОПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ**

Г.И.Мавров, Л.В.Иващенко, И.М.Никитенко

Лечение урогенитального хламидиоза и микоплазмоза является актуальной и сложной проблемой современной венерологии. Цель исследования - разработка комплексного метода лечения больных хламидийной и уреоплазменной инфекцией. Настоящие рекомендации содержат информацию о современных обоснованных методах лечения. Данные приведены по результатам проведенных научных исследований, в результате которых предложен метод лечения урогенитальной хламидийной и микоплазменной инфекции с использованием левофлоксацина (Тайгерон).

## **ETIOPATOGENETIC TREATMENT OF PATIENTS WITH COMPLICATED FORMS OF CHLAMYDIAL AND MYCOPLASMAL INFECTIONS**

G.I.Mavrov, L.V.Ivaschenko, I.N.Nikitenko

Treatment of urogenital chlamydia and mycoplasma is an urgent and complex problem of modern venereology. The purpose of research, development of an integrated treatment of patients with chlamydial infection and ureaplasmatic. These guidelines contain information on contemporary sound healing methods. Data are based on research, which resulted in a method for treating urogenital chlamydial and mycoplasmal infection using levofloxacin (Taygeron).

УДК 616.97:618.17-056.2

## **ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) В КОНТЕКСТЕ ПРОБЛЕМЫ СЕКСУАЛЬНОГО И РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ НАЦИИ**

А.Е.Нагорный

**Ключевые слова:** ИППП - инфекции, передающиеся половым путем, эпидемиология, половое поведение, проституция, бесплодие, сексуальные расстройства, сперма, маточные трубы, соматопсихические нарушения.

### ЭПИДЕМИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ С ИППП В УКРАИНЕ

Борьба с ИППП на современном этапе является актуальной проблемой здравоохранения Украины. Наиболее распространенными заболеваниями являются трихомоноз, сифилис, гонорея, хламидиоз и ВИЧ инфекция. В Украине за период 1993–2006 гг. родилось вдвое меньше людей, чем умерло. Отчасти, это объясняется социально-экономическими факторами, однако исследования в области венерологии, гинекологии и урологии-андрологии указывают на прямую связь между ИППП и сексуальным и репродуктивным здоровьем [10, 12, 14, 15, 17, 18, 19, 24, 34]. ИППП представляют собой большую группу гетерогенных по клиническим и эпидемиологическим проявлениям болезней, объединенных на основе полового пути передачи. Кроме эпидемиологического признака их объединяет комплекс моральных и этических проблем. Классические ИППП - трихомоноз, сифилис, гонорея, хламидиоз часто возникают в комбинации с иными тяжелыми социально-опасными инфекциями – ВИЧ/СПИДом, туберкулезом, вирусными гепатитами В, С, что усиливает их негативное влияние на сексуальное и репродуктивное здоровье нации и наносит немалый экономический ущерб [23].

В Украине в 2006-2007 годах было зарегистрировано 432054 новых случаев заболеваний ИППП (в 2006г. - 220043, в 2007 году – 212011 больных). Это ставит нашу страну на одно из самых высоких мест по распространенности ИППП в Европе. За 2006-2007 годы в Украине заболело сифилисом 29964 человека (32,1 случая на 100000 населения) (таблица 1). В 2007 году городских жителей больных сифилисом было 9495 (68,2%), жителей сел – 4415 (31,7%). В 2007 году среди мужчин чаще других возрастных групп болели сифилисом лица в возрасте 20-29 лет (интенсивный показатель составил 71,26 на 100000 населения); женщины 15-19 лет - 48,86 на 1000000 населения. Наибольшая заболеваемость наблюдалась в группе женщин 20-30 лет, где интенсивный показатель повысился до 87,93-84,10 на 1000000 населения [36].

Таблица 1.

Регистрация ИППП в Украине за период 1997-2007 годы (на 100 000 населения)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Сифилис	147,1	138,4	113,9	91,5	77,1	63,8	54,7	48,7	42,0	34,3	29,9
Гонорея	60,1	55,6	55,4	52,7	50,6	46,5	42,8	40,8	38,6	33,0	29,8
Хламидиоз	31,7	48,1	47,3	67,5	70,1	61,5	65,8	68,9	72,5	78,1	75,7
Герпес <sup>1</sup>	-	-	-	17,4	19,2	20,1	16,6	-	-	-	-
ВИЧ <sup>2</sup>	17,1	16,3	10,4	12,6	14,5	18,2	20,8	26,4	29,2	34,4	37,8
Трихомоноз	284,3	312,7	304,6	330,8	329,1	300,3	290,2	279,3	272,2	251,0	245,3

<sup>1</sup> – Генитальный герпес регистрировался с 2000 по 2003 год

<sup>2</sup> – Включая случаи ВИЧ-инфекции, когда заражение происходит при инъекционном употреблении наркотиков и вертикально (около 60%)

Как видно из таблицы 1, трихомоноз - наиболее часто регистрируемая в Украине половая инфекция. «Традиционные» венерические инфекции, такие, как сифилис, гонорея медленно снижаются, хотя и остаются на весьма высоком уровне. Приведенные данные – это официальная статистка, которая отражает, по разным оценкам, от 10 до 40% реального количества случаев ИППП [16]. Пик заболеваемости сифилисом был отмечен в 1996 году, когда

интенсивный показатель был 150,8 случая на 100 000 населения. Повышение заболеваемости сифилисом в 1994-1997 годах наблюдалось практически во всех регионах Украины. Начиная с 1998 года, отмечается снижение заболеваемости сифилисом, и эта тенденция, вероятно, будет продолжаться в ближайшие годы [22, 36].

Клиническая оценка проявлений сифилиса и результаты лабораторных исследований больных указывают на появление некоторых изменений в клинических проявлениях и течении сифилитической инфекции на современном этапе. Сифилис приобрел новые клинические и эпидемические особенности. Увеличилось число случаев раннего нейросифилиса и висцеральной патологии, обусловленной ранним сифилисом. Одновременно ряд исследований указывает на увеличение доли скрытых форм сифилиса и случаев с очень скудными проявлениями на коже и слизистых [35]. Проникновение сифилиса в более «благополучные» слои населения, инфицирование беременных и, как следствие, опасность врожденного сифилиса заставляет пересмотреть существующие противоэпидемические мероприятия. Ситуация с врожденным сифилисом сходна с общей статистикой сифилиса в Украине. Наибольшее количество случаев врожденного сифилиса зарегистрировано в 1997 году - 83 случая и далее имеет тенденцию к снижению. Заболеваемость врожденным сифилисом в Украине из года в год имеет такой вид (абсолютные числа): 1997 г. - 83; 1998 г.- 79; 1999 г.- 76; 2000 г. - 63; 2001 г. - 33; 2002г. -34; 2003 г. - 29; 2004 г. - 29; 2005 г. - 30; 2006 г. - 22; 2007 г. - 19. Имеются данные о том, что 10% беременных не состоят на диспансерном учете в ходе беременности и сифилис у них выявляют при поступлении в родильные дома, 17% женщин получают специфическое лечение сифилиса уже во второй половине беременности. Таким образом, в Украине имеется большое количество женщин болеющих сифилисом и детей, родившихся от больных матерей [36].

На протяжении последних десяти лет уровень заболеваемости гонореей в Украине снизился более чем в 2 раза. Если заболеваемость гонореей в 1997 году составила 60,1 случая на 100 000 населения, то в 2007 году этот показатель равнялся 29,8. Насколько это отражает реальную картину неясно. Следует отметить тот факт, что лечение этой категории больных проводят большей частью частнопрактикующие врачи и private клиники, которые часто не регистрируют случаи данного заболевания. Доступность антибиотиков (в Украине большинство антибиотиков можно приобрести в аптеке без рецепта), обилие популярной медицинской литературы, интернет-сайтов, вмешательство фармацевтов, средних медработников приводит к самолечению. Существуют данные, позволяющие предположить, что гонорея по-прежнему распространена среди некоторых групп населения, в частности среди подростков 14-17 лет, активно живущих половой жизнью. В большинстве случаев современная гонорея протекает в малосимптомной форме [31, 35].

Заболеваемость населения инвазией *Trichomonas vaginalis* занимает первое место среди всех инфекций, передающихся половым путем. На протяжении последних 10 лет уровень заболеваемости трихомонозом среди населения Украины снизился на 13,7 % (с 284,3 на 100 000 в 1997 году до 245,3 в 2007 году). Однако четкой тенденции к снижению заболеваемости, как в случаях сифилиса и гонореи, не было. В 1999-2001 годах отмечался значительный подъем заболеваемости (максимум был в 2000 году - 330,8 на 100 000 населения). По нашему мнению это объясняется увеличением качества диагностических тестов для выявления *Trichomonas vaginalis*. Для определения *T. Vaginalis*. В 2007 году заболеваемость снизилась до 245,3 на 100000 населения.

Половая инфекция, вызванная вирусом простого герпеса (ВПГ), среди населения Украины постепенно возрастает, и в 2002 году составляла 20,1 на 100000 населения. Интенсивные показатели заболеваемости герпесом не отражают реальной картины распространения заболевания вследствие широко распространенного самолечения и плохой регистрации. В последние годы вновь выявленные случаи генитального герпеса не подлежат обязательной регистрации. По экстраполированным данным истинный интенсивный показатель ВПГ в Украине составляет 100-120 на 100000 населения [16, 31, 35].

За последнее десятилетие количество зарегистрированных случаев урогенитального хламидиоза увеличилось в 2,5 раза. В 1997 году интенсивный показатель по Украине составил 31,7 на 100 000 населения, далее отмечался стабильный рост заболеваемости и в 2007 году интенсивный показатель составил 75,7. При этом уровень заболеваемости среди мужчин и женщин неоднороден. Если в конце 90-х годов в Украине регистрировалось в 2 раза больше случаев хламидиоза у мужчин, то в 2004-2007 годах, соответственно, в 1,5 раза больше среди женщин. Это возможно объясняется улучшением диагностики и регистрации данной инфекции в медицинских учреждениях гинекологического профиля [36].

По темпам распространения ВИЧ Украина вышла на первое место в Европе. Что же явилось причиной такого "взрывоподобного" распространения ВИЧ в Украине? На наш взгляд, их несколько:

- Резкое возрастание численности лиц, потребляющих наркотические вещества инъекционно;
- Особенность инъекционного потребления наркотиков в Украине, а именно: практика использования общих шприцев и емкостей для их промывания, покупка наркотиков расфасованных в шприцы, многократно употреблявшиеся ранее; технология изготовления наркотика из маковой соломки, которая предусматривала добавление в готовый раствор наркотика свежей крови с целью его очистки.
- Эпидемическая ситуация в отношении ИППП. Инфекционные заболевания, которые передаются половым путем, значительно повышают вероятность проникновения ВИЧ через слизистые оболочки. Особую опасность представляют ИППП, сопровождающиеся нарушением целостности слизистых оболочек (сифилис, герпес, трихомоноз). Риск заражения ВИЧ при наличии этих симптомов повышается в 3-5 раз [42, 46, 50, 56].

По данным Украинского центра профилактики и борьбы со СПИДом, в 2007 году в Украине было зарегистрировано 17669 ВИЧ-инфицированных. Заболеваемость в 2007 году повысилась в 1,3 раза сравнительно с 2006 годом, а с 1997 года возросла в 2,2 раза. Независимо от широкомасштабного внедрения антиретровирусной терапии в стране, эпидемия ВИЧ-инфекции за 2007 год забрала жизни 2 507 больных СПИДом, из них 23 ребенка. Структура путей инфицирования ВИЧ за 2007 год такова: парентеральный, (в основном, при введении инъекционных наркотиков) – 40,1 %, половой – 38,4 %, (преимущественно гетеросексуальный), от матери к ребенку - 19,4 %, не установленный – 2,1 %. По данным на 2007 год среди ВИЧ-инфицированных 40,1 % составляли потребители инъекционных наркотиков, 4,48 % - женщины, занимающиеся коммерческим сексом, 0,3 % - мужчины, имеющие половые контакты с мужчинами.

#### ПОЛОВОЕ ПОВЕДЕНИЕ ИИППП

Сексуальное поведение это щекотливый предмет для обсуждения. Часто люди, включая медицинских, общественных работников, педагогов и исследователей, чувствуют неловкость при обсуждении сексуальных проблем. В результате сужаются возможности воздействия на индивидуумов с целью профилактики ИППП. Даже супружеские пары не склонны говорить между собой о своем прошлом (до брака) сексуальном опыте. Трудности обсуждения проблем секса и венерических болезней имеют исторические корни. В социальных системах, сложившихся в большинстве стран Европы к XIX веку, культивировалась дисциплина, сдержанность, строгое следование моральным нормам. Половая жизнь допускалась только в контексте брака. Венерические болезни рассматривались как наказание за нарушение моральных норм и проблемы, связанные с ними, публично не обсуждались. Сексуальность должна была сдерживаться, дисциплинироваться силой закона и силой стыда, и о ней нельзя было говорить открыто [49]. Данный моральный кодекс был принят и сохранялся ключевыми социальными группами и наиболее авторитетными личностями. Доходило до того, что некоторые врачи скрывали диагноз венерического заболевания от родственников и самого больного, чтобы не тревожить общественную мораль. Пресса отказывалась печатать статьи,

откровенно обсуждающие секс, насилие в семье, внебрачные связи, проституцию, венерические болезни. При этом все прекрасно знали, что эти проблемы остро стоят перед обществом. Первые информационные кампании против венерических болезней, проводившиеся в конце XIX, начале XX века, были направлены на ограничение половой жизни, а не на профилактику ИППП как таковую. Фокусируясь на отвратительных, уродующих аспектах венерических болезней, эти кампании внесли свой вклад в стигматизацию и дискриминацию людей с венерическими болезнями.

В современной западной культуре четко прослеживается двойное отношение к сексуальности. С одной стороны, в средствах массовой информации широко присутствуют яркие сексуальные образы, в особенности, в рекламе. Многие произведения искусства имеют откровенный чувственный подтекст. Общество постоянно возводит на пьедестал сексуальные символы, восхищается ими, поклоняется им, стремится им подражать. С другой стороны, сексуальность остается исключительно личной и уникально сложной сферой поведения с многочисленными социокультурными табу и правилами, что затрудняет открытое и свободное обсуждение. Для большинства индивидуумов сопротивление в отношении изучения полового поведения представляют глубоко сидящие страхи и сомнения в отношении их личной жизни [44]. Часто люди не возражают против изображения и описания секса в искусстве и в средствах массовой информации, более того, считают возможным коммерческий секс, но могут искренне осуждать конкретных своих знакомых за внебрачные половые отношения. В этом проявляется ханжеская сущность современной западной морали [49]. Сложилась парадоксальная ситуация, когда нормы приемлемости в половой жизни расширились, нравственные тормоза ослабли, все новые и новые слои общества вовлекаются в рискованное сексуальное поведение, а открытое обсуждение их в семье, в школе, на работе противоречит социальным нормам. Интенсивная пропаганда, реклама средств и методов профилактики ИППП не стали прерогативой органов здравоохранения, призванных заниматься защитой населения от венерических болезней [47, 51]. Покров тайны, окутывающий сексуальность человека, мешает позитивному влиянию на половое поведение индивидуума со стороны семьи, школы, микросоциальной среды и всего общества. А без изменения полового поведения, широкой информированности населения и, в особенности, ключевых групп риска, радикальная профилактика ИППП невозможна.

Очевидно, что сексуальное поведение является ключевым фактором в распространении ИППП. Однако социальная и психологическая составляющая полового поведения человека остается во многом не познанной. Не изучены механизмы и факторы, влияющие на сексуальную сферу деятельности на уровне индивидуума и социума. В последние годы были проведены исследования полового поведения различных групп населения в различных регионах [2, 11, 39]. Хотя исследования, в основном, носят узконаправленный характер в контексте профилактики ИППП и ВИЧ/СПИД, они дают весьма ценные сведения, необходимые для верной тактики и стратегии профилактики. Вместе с тем, социологические и демографические исследования дают информацию о стиле брачно-семейной жизни в разных социальных средах о динамике сексуального поведения и соответствующих нормативных установках. Без такой информации педагоги и врачи обречены работать вслепую, а их деятельность иногда дает результаты, противоположные желаемым [13]. Конкретные социологические исследования дают информацию о сложных психологических и социальных процессах, определяющих в современных условиях сексуальное поведение людей, об изменении норм морали и сексуальных ориентации, о знаниях и представлении людей о различных аспектах семейной жизни, контрацепции, подростковой беременности, венерических заболеваниях, включая ВИЧ-инфекцию [57].

Нами было проведено изучение сексуального поведения как фактора распространения венерических инфекций [38]. Обследовано 1050 жителей АР Крым (526 мужчин и 524 женщины), принадлежащих к различным возрастным и социальным группам населения – рабочие (мужчин – 73, женщин – 68), служащие (мужчин – 59, женщин – 74), студенты (мужчин

– 130, женщин – 127), школьники (мальчиков – 58 девочек - 65 ), пациенты со смешанной урогенитальной инфекцией (мужчин – 178, женщин – 156) и сельские жители (мужчин – 28, женщин – 34). Сексуально активными оказались 89% мужчин и 78% женщин в группе молодых рабочих. Среди служащих (средний возраст 33,2 года) эти цифры составили соответственно 93,2% и 83,8%; среди студентов – 88% и 77%. Доля сексуально активных школьников среди мальчиков была 47%, а среди девочек – одна треть – 34%. Средний возраст их сексуального дебюта составил  $16,1 \pm 1,1$  года, у более старших женщин из группы служащих –  $18,6 \pm 2,1$  года ( $p < 0,05$ ). Женщины исследуемых групп, кроме школьников, наиболее начинали половую жизнь в 16–18 лет вне брака. Удельный вес сексуального дебюта в возрасте 15 и 17 лет оказался от 10% у служащих до 43% у пациентов республиканского кожно-венерологического диспансера. В этой группе доля девушек, начавших половую жизнь в возрасте моложе 14 лет, составила 7%. Доля мужчин, начавших половую жизнь моложе 16 лет, больше по сравнению с женщинами соответствующих групп. Изучение психосоциальной установки подростков на брачное партнерство позволило установить, что только 0,6% девушек исследуемой группы ориентированы на сексуальный дебют в браке, независимо от возраста. Сохранить невинность до замужества хотела бы каждая пятая (19,2%) школьница, 10,3% считает это «смешным», а 12% респонденток заявили, что сохранить невинность до вступления в брак «невозможно». Выявлено, что для многих людей в целом приемлемы внебрачные половые контакты. Отрицательное отношение к внебрачным половым контактам выразили от 12 до 60 % в зависимости от пола, возраста и социальной принадлежности. Что касается социальных групп, проживающих в городе то, 46% студенток относились к ним «равнодушно», а 32% – «положительно». В группе молодых рабочих соответствующие показатели выглядели еще более наглядно – «отрицательно» ответили 12% мужчин и 35% женщин, «равнодушно» – 3% мужчин и 24% женщин, «положительно» – 84% мужчин и 43% женщин. При этом 24% девушек считали, что можно иметь одновременно нескольких половых партнеров, в том числе 11% ограничивали их число как «не более двух одновременно», 4 % допускали «три и более», а 9% – «сколько угодно». Служащие и сельские жители были «консервативнее» в данном вопросе. Около примерно половины всегда имели одного постоянного полового партнера. Исключения составляют школьники (у которых еще не выработался стереотип полового поведения, и отсутствуют социальные предпосылки к стабильным половым отношениям) и больные венерическими заболеваниями (у которых уже установлен социально негативный тип полового поведения). У большинства опрошенных в жизни было «два и более» партнеров, в том числе 7,2%, как правило, имели «три и более» половых партнеров, а 3,5% так «много», что затруднились сосчитать. Установлено, правильное представление о «безопасном» сексе как одновременном предохранении от беременности и ИППП весьма отличается и зависит от уровня образования, пола и возраста. Выявлено, что в определение термина «безопасный секс» часто вкладывают смысл предохранения от беременности, такого мнения придерживаются от 25 до 50% респонденток. Удельный вес лиц, имеющих безопасное сексуальное поведение (профилактика ИППП и аборта), составил в различных группах от 24% (школьники мужского пола) до 84% (женщины студентки) ( $p < 0,01$ ), в остальных группах – от половины до двух третей. Никогда не предпринимали никаких мер защиты от возможного заражения ИППП – 65-75% сексуально активных подростков, 47-63% из группы рабочих. В результате оценки уровня полового воспитания установлено, что от 7% (школьники) до 86% (мужчины жители села) считали, что получили «недостаточное» половое воспитание или «никакого». Наиболее подходящими источниками для получения информации по вопросам половой культуры, безопасного секса и контрацепции некоторые группы опрошенные считали родителей (10-82%), медицинских работников (6-75%) и специальную литературу (4-22%). Фактическими источниками информации по этим вопросам для них являлись средства массовой информации (9-47%), сверстники (подруги, друзья) (10-38%) и школа (27%). Различия между группами были связаны с уровнем образования, возрастом, жизненным опытом и полом. Среди подростков наблюдается снижение значения ме-

дицинских работников как источников информации о сексе по сравнению с более старшими возрастными группами, причем женщины доверяли медицинским работникам меньше мужчин, что характерно для всех социальных групп кроме школьников.

При изучении особенностей микросоциального окружения и особенностей семейного воспитания установлено, что мачехой воспитывались от 3% (студенты) до 16% (больные венерическими заболеваниями). Наиболее часто мать имела несколько браков у пациентов КВД (38-42%) и рабочих (37-32%) наименьшим это процент был у студентов (12-14%). Воспитывались без отца от 7-11% (студенты) до 35-61% – пациенты с вензаболеваниями. У школьников этот показатель был довольно высоким – 17-19%. Оценили отношения в семье как добрые и хорошие от 16 до 71%, причем во всех группах женщины более строго подходили к данному критерию, поэтому процент их оценки меньше. Лучше всего свое семейное положение оценивали сельские жители и служащие – 68-71%, хуже всех – больные вензаболеваниями – 17-19%. Со слов обследуемых, 39-44% родители у больных ИППП злоупотребляли алкогольными напитками, аналогичный показатель для молодых служащих – 12-15%, а для рабочих – 27-29%. Супружеские измены родителей отметили от 4% до 39% всех обследуемых. Довольно частым у респондентов был факт отсутствия доверительных отношений с кем-либо из членов семьи. Наболевшие, в том числе и интимные проблемы, в основном обсуждались с друзьями и подругами, поэтому вполне понятно, что значительный процент опрошенных (22-79%) отметили, что родители не уделяли внимания их сексуальному воспитанию; при этом 63% затруднились ответить. Лишь в 16% семей дети вместе с родителями обсуждали проблему полов, у 14% родители ограничивались рекомендацией почитать ту или иную литературу. При изучении микросоциальной среды, в которой формируется личность, установлено, что 68% респондентов свободное время проводили в основном с друзьями на улице, лишь 24-32% студентов и 12-22% рабочих и 24-31% школьников посещали клубы, спортивные секции, кружки и т.д. Существенные и достоверные различия между группами обследуемых установлены в пристрастии к эротической и порнографической литературе и видео. Лица мужского пола по этому показателю преобладали. Среди студентов – 21%, среди школьников – 10%, среди рабочих – 29%. Выявлено, что умеренное регулярное потребление алкоголя довольно распространено во всех изученных социальных группах, в особенности среди мужчин. Так указали, что регулярно умеренно пили алкогольные напитки треть школьников, 90% молодых рабочих и почти половина (47%) жителей села. Аналогично высокий показатель табакокурения. Обращает на себя внимание, что 17% мальчиков и 11% девочек, которые учатся в средней школе, пробовали легкие наркотики. Как правило, более 10% представителей всех обследованных социальных групп признались, что пробовали легкие наркотики, за исключением жителей села, которые отрицали это. Выяснилось, что для значительного числа обследуемых были присущи случайные половые связи и частая смена половых партнеров, причем 3-16% имели гомосексуальные связи. Этот показатель наиболее четко коррелировал с частотой регистрации ИППП. Были свидетелями половой жизни и сексуальных отношений между друзьями в целом до трети респондентов. В сексуальной практике использовали групповой секс 3-16% обследуемых, в зависимости от исследуемой группы [38].

### ПРОСТИТУЦИЯ И ИППП

Проституция рассматривается многими авторами как наиболее значительный социальный фактор распространения венерических инфекций. Проститутки и их клиенты считаются традиционной группой риска распространения ИППП, включая ВИЧ и гепатиты В и С. По данным многочисленных исследований, проведенным в развитых и развивающихся странах, от 30 до 90 процентов «работников, коммерческого секса» инфицировано ИППП [1, 3, 8, 9, 54]. В России заболеваемость генитальными инфекциями у проституток превышает общую заболеваемость по стране почти в 40 раз, в том числе сифилисом - в 113 раз, гонореей - в 71 раз, хламидиозом - в 155 раз [33]. Проституция в странах постсоветского пространства приняла небывалый размах. В обществе произошли изменения в половом поведении и, в

первую очередь, среди подростков и молодежи, что выражается в раннем начале половой жизни, беспорядочных половых связях, росте сексуального насилия, распространении коммерческого секса и вовлечении в него детей и подростков. Коммерческий секс в Украине является стигматизированной и криминализованной деятельностью. Именно поэтому, многие проститутки становятся жертвами насилия и милицейского преследования. Такое отношение со стороны правоохранительных органов (и всего общества) делает их уязвимыми к ВИЧ/СПИД и приводит к тому, что их клиенты стали связующими популяциями, передающими ВИЧ широким слоям населения. По сути, в Украине созданы условия для самоподдерживающейся гетеросексуальной эпидемии ВИЧ/СПИД [59].

Под проституцией понимается вступление за плату в сексуальные внебрачные отношения; не основанные на личной симпатии, влечении. Универсального определения проституции не существует, поскольку ее изучают разные науки, имеющие совершенно различный понятийный аппарат. Сами термины «проституция», «проститутка» трактуются неоднозначно, отношение к ним и к возможности их употребления в научной печати различное. Большинство исследователей считают, что поскольку эти слова несут явный эмоционально-негативный оттенок, то их следует заменить, другими, звучащими более нейтрально – коммерческий секс (*sex work*) и работницы (работники) коммерческого секса (РКС) (*sex workers*) или женщины (мужчины) коммерческого секса (ЖКС, МКС) (*female sex workers – FSW; male sex workers – MSW*). Некоторые полагают, что слова «работа» и «коммерция», содержащиеся в данных определениях уравнивают с точки зрения морали проституток с представителями других профессий. Поэтому, они предлагают оставить термин «проституция», как наиболее емко характеризующий явление. А термин «проститутка» не употреблять, как могущий оскорбить кого-то лично. Взамен предлагается определение – «женщина, занимающаяся проституцией» [45].

На региональном семинаре организации объединенных наций (ООН) по борьбе с ВИЧ/СПИД – UNAIDS, состоявшемся в Абиджане, Берег слоновой кости (Abidjan, Cote d'Ivoire), 21-24 марта 2000 года было принято следующее определение. Коммерческий секс – любое соглашение между двумя и более лицами, в котором единственной и конечной целью является половой акт в обмен на материальное вознаграждение, для которого обязательным являются предварительные переговоры относительно цены. Коммерческий секс следует отличать от брачного контракта, сексуального патронажа, соглашения между любовниками, включающие подарки или деньги, но не связанное с условием цены полового акта как такового, и не зависящее только от оказания сексуальных услуг. Было предложено другое менее громоздкое и более удобное в практическом плане. Проститутки – женщины, имеющие большое количество половых партнеров и обменивающих секс на деньги или товары с целью заработать на жизнь полностью или частично [60].

Нами были изучены демографические и медицинские характеристики 55 женщин, оказывающих платные сексуальные услуги в форме эскорта в трех городах Украины. Определялось влияние условий работы, социальных и поведенческих факторов на частоту инфекций, передающихся половым путем (ИППП) и вируса иммунодефицита человека (ВИЧ). Также было изучено мнение 111 человек относительно проституции, факторов, ее роста и способов противодействия. Показаны основные мотивации клиентов проституток. Изучалась проблема легализации и регламентации проституции в контексте профилактики эпидемии ИППП и ВИЧ/СПИД [26]. Всего маркеры ИППП были найдены у более чем половины обследованных женщин – 53%, а 4 женщины (7,3 %) были ВИЧ-позитивными. Скрытый сифилис диагностирован у 9%. Чаще всего обнаруживали бактериальный вагиноз – 38% и трихомоноз – 29%. Характерно, что у 44% найдены две и более половые инфекции – т.е. в большинстве случаев инфекция была смешанной (таблица 2).

## Таблица 2

Лабораторные маркеры ИППП у 55 женщин, занимающихся проституцией «по вызову»



ИППП	К-во	%	Метод
ВИЧ	4	7,3±3,5	ИФА, иммуноблот
Вирус гепатита В	10	18,2±5,2	ИФА, HBS – антиген
Нелеченный сифилис (скрытый)	5	9,1±3,9	RW, МРП, ИФА
Сифилис в анамнезе	9	16,4±5,0	Расспрос, RW, МРП, ИФА
Гонорея	2	3,6±2,5	Посев
Трихомониаз	16	29,1±6,1	Посев
Хламидиоз	11	20,0±5,4	ИФА, ПИФ, ПЦР
Уреаплазмоз	13	23,6±5,7	Посев
Бактериальный вагиноз	21	38,2±6,6	Лабор. и клин. Критерии
Любая ИППП	29	52,7±6,7	
Две ИППП	16	29,1±6,1	
Три ИППП более	8	14,5±4,8	

В изученной нами выборке только часть женщин происходили из низких социальных слоев и имели в анамнезе эпизоды насилия со стороны родственников (включая изнасилования), употребление наркотиков. Остальные происходили из вполне благополучных семей. Относительно невысокий процент употребления алкоголя и легких наркотиков и отсутствие инъекционных наркоманов, относительно невысокий уровень инфицирования ВИЧ и ИППП (в основном в скрытых и субклинических формах), объясняется особенностью изученной выборки, когда отбор этих женщин и постоянный контроль над ними осуществляется представителями нелегального секс-бизнеса. Естественно данные, полученные в этой выборке нельзя экстраполировать на всех представителей эскорт-сервиса, тем более на всех проституток, работающих данным регионе. Тем не менее, они позволяют выявить основные тенденции. Очевидно, эти женщины несут реальную опасность инфицирования ИППП, играют значительную роль в распространении инфекции, учитывая количество клиентов и процент применения презервативов, в особенности при орогенитальных контактах. Следует искать способы для оказания этим женщинам квалифицированной медицинской помощи, дать им возможность социальной реабилитации

В другом исследовании по изучению отношения населения к проблеме проституции участвовали 111 человек. На вопрос является ли проституция социальным злом: 43,2±4,7% респондентов однозначно оценили проституцию как безусловное социальное зло, подрывающее нравственные устои общества; 31,6±4,4% высказали терпимое или положительное отношение к этому явлению; четверть (25,2±4,1%) опрошенных лиц не смогли дать однозначного ответа, отмечая как негативные, так некоторые позитивные аспекты коммерческого секса [26].

Главным фактором, способствующим росту проституции, по мнению респондентов, являются:

- социально-экономический кризис (18,9±3,7%);
- безработица (18,9±3,7%);
- вовлечение молодежь в секс-бизнес (12,6±3,1%);
- снижение нравственного и культурного уровня населения (12,6±3,1%);
- популяризация эротика средствами массовой информации (9,0±2,7%);
- «мода» на проституток в среде состоятельных мужчин (8,1±2,6%);
- стремление молодых женщин к легкому заработку (7,2±2,5%);
- другие причины или не смогли ответить (12,6±3,1%).

Приведенные данные свидетельствуют о различном отношении мужчин и женщин к проблеме проституции. Мужчины склонны терпимо относиться к проституции, а некоторая часть поддерживает ее. Более того, треть мужчин  $33,9 \pm 6,2\%$  сами пользовались услугами проституток, а  $28,8 \pm 5,9\%$  признались в том, что хотели бы ими воспользоваться при определенных обстоятельствах. Причем чаще это были либо молодые мужчины до 30 лет ( $48,5 \pm 8,7\%$ ), либо мужчины в возрасте старше 50 лет ( $34,6 \pm 9,3\%$ ). В возрасте 30-50 лет этот процент составил  $17,3 \pm 5,2\%$ . В отношении уровня образования и социального положения различий между пользующихся услугами проституток и не пользующихся не выявлено [26].

#### МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ БЕСПЛОДИЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ИППП

Хламидиоз - частая причина трубного бесплодия и внематочной беременности [10, 12, 20, 31]. Описаний морфологии хламидиоза в литературе очень мало. *Chlamydia trachomatis* была обнаружена в моноцитаз периферической крови в капиллярах маточных труб при внематочной беременности [14]. С целью выявить и описать морфологические изменения в маточных трубах при хламидийной инфекции, было проведено *Клиническое и гистоморфологическое исследование 29 женщин, больных воспалительными заболеваниями малого таза, вызванных Chlamydia trachomatis* [21].

Морфологические изменения в слизистой, мышечной и серозной оболочках маточной трубы представляли собой подострое либо хроническое воспаление с исходом в склероз. Условно нами выделены 3 степени тяжести воспалительного процесса в слизистой оболочке маточных труб. Дистрофические изменения мышечной оболочки проявлялись атрофией мышечных пучков, их постепенным замещением соединительной тканью. Воспаление в слизистой оболочке носило хронический, рецидивирующий характер. Экссудативные и пролиферативные процессы, имели место на разных участках продольных складок одновременно, что приводило к формированию обширных очагов склероза и ангиоматоза. В воспалительном инфильтрате преобладали лимфоциты, которые местами располагаются диффузно, а местами формировали фолликулоподобные скопления. Наблюдалась альтерация и десквамация эпителиальных клеток. Эпителиальная выстилка местами атрофировалась, местами пролиферировала, образуя двух- и многослойный эпителий, лишенный ресничек. Гистохимические и поляризационно-оптические данные указывали на постепенное накопление мукополисахаридов и гликозаминогликанов, образование рубцовой соединительной ткани (рисунок 1). Все это происходило при длительно сохраненном просвете трубы, ее продольной складчатости, хотя просвет уменьшался, а складчатость менялась. Маточные трубы с подобными морфологическими изменениями не могут обеспечить прием и транспорт яйцеклетки. Формально такие трубы проходимы при контрастных гистеросальпингографических и лапароскопических обследованиях, но вероятность зачатия и имплантации яйцеклетки в таких случаях весьма низка.

В наших наблюдениях морфологические изменения в маточных трубах не всегда соответствовали тяжести сальпингита, протекавшего у большинства больных латентно или малосимптомно. Клинические (боль, лихорадка, выделения), лабораторные (количество лейкоцитов в периферической крови, скорость оседания эритроцитов, биохимические показатели крови) и даже лапароскопические данные (эритема, отек, подвижность, наличие спаек, фибрина, состояние фимбрий) часто не позволяли предположить тяжелые морфофункциональные изменения в трубах. Однако, между клиническими и морфологическими показателями тяжести сальпингита наблюдалась корреляционная связь ( $\chi^2=46,22$ ;  $C=0,78$ ;  $P<0,05$ ). Это наталкивает на мысль о том, что хламидийный сальпингит не всегда проявляется клинически, может долго оставаться латентным и невыявленным, приводя в конечном итоге к трубному бесплодию и/или внематочной беременности. Тяжесть заболевания может зависеть от штамма хламидий, наследственности больной, реинфекций, гормонального фона, иммунных нарушений [21].

Часто роль мужчины в бесплодном браке недооценивается. [4, 5]. У 20% бесплодных пар мужской фактор является единственной причиной infertility, а еще у 30-40%

вносит свой вклад в бесплодный брак [40, 41, 58]. При венерическом уретрите в сперме мужчин увеличивается количество лейкоцитов и появляются местные антитела, что может приводить к аутоиммунному ответу к сперматозоонам и развитию иммунологического бесплодия [6, 15, 43, 55]. На примере генитальной инфекции, вызванной *Ureaplasma urealyticum*, было показано, что при лейкоспермии увеличивается количество супероксидных радикалов, которые повреждают сперматозооны путем перекисного окисления липидов мембран [53]. Сперматозооны могут повреждаться также протеолитическими ферментами, которые являются компонентом воспалительного процесса. Подвижность половых клеток снижается, и они не в состоянии преодолеть лучистый венец яйцеклетки, что было показано в пенетрационном тесте *in vitro* [62]. Персистентная инфекция *C. trachomatis* в предстательной железе и в придатках яичек может быть источником воспалительных цитокинов, которые попадают в эякулят [4].

В нашем исследовании 123 мужчин было показано, что урогенитальная инфекция воздействует на мужскую фертильность двояко. С одной стороны, они вызывали повреждение сперматозоонов, нарушая их двигательную и пенетрирующую способность, а с другой - меняли состав семенной плазмы в результате нарушения функций придаточных половых желез. Нами было установлено, что длительно протекающая хламидийная инфекция вызывает патоспермию у 20% больных. Чаще наблюдается увеличение рН, вязкости эякулята, и снижение подвижности (19%). Реже происходит уменьшение количества половых клеток в эякуляте (у 14%) и увеличение процента патологических форм (у 13%) [20]. Причины, обуславливающие наблюдаемые изменения спермы при урогенитальной инфекции многие исследователи связывают с поражением придатка яичка, чаще всего смешанной хламидийно-бактериальной этиологии [48]. Это, как правило, неструктурный пролиферативный эпидидимит с перидуктальной инфильтрацией лимфоцитами, плазматическими клетками и гистиоцитами [20].

Ультраструктурных исследований эякулята при урогенитальной инфекции в литературе единицы [52]. В упомянутых работах исследовались мужчины с патологической спермограммой, где авторы выявили повреждения сперматозоонов так же и на ультраструктурном уровне. Однако в клинической практике часто имеются случаи, когда мужчина с нормальной спермограммой и совместимостью с цервикальной слизью, не может оплодотворить фертильную жену. Такое мужское бесплодие «неясного генеза» не имеет морфофункционального выражения на уровне световой микроскопии. Поэтому целью нашего исследования было выявить повреждения сперматозоонов на ультраструктурном уровне у мужчин, живущих в бесплодном браке, с нормальной спермограммой, и с маркерами хламидийно-трихомонадно-бактериальной инфекции. Нами было проведено электронномикроскопическое исследование эякулята 19 мужчин, живущих в бесплодном браке, имеющих нормальную спермограмму в световом микроскопе и маркеры хламидийно-трихомонадно-бактериальной инфекции, а также 9 здоровых доноров спермы [17]. В группе фертильных мужчин в среднем 77% сперматозоонов имели патологические изменения. В плане ультраструктурной патологии отдельных половых клеток контрольная группа фертильных мужчин была неоднородной. Доля патологических сперматозоонов колебалась от 53% до 94%. В группе бесплодных мужчин в среднем 95% сперматозоонов имели патологические изменения. Характер этих изменений существенно отличался от контрольной группы. В плане патологии отдельных половых клеток группа мужчин с маркерами половой инфекции была однородной. Доля патологических сперматозоонов составила от 92,6% до 98,6%. У мужчин с генитальной инфекцией выявлены характерные повреждения сперматозоонов на ультраструктурном уровне. В ядре на фоне участков конденсированного хроматина выявляются мелкие электроннопрозрачные участки, склонные к слиянию и формирующие картину «меха, изъеденного молью». В цитоплазматической капле без четких контуров обнаруживаются аномальные митохондрии с расширенными и набухшими кристами. Акросома не определяется. Наличие зернисто-фибрилярной головки, вакуолизация (светлые зоны, лишённые хроматина), сохранение «резидуального

тела» (цитоплазматической капли) являются морфологическими признаками гипокинезии (рисунок 2). Таким образом, ультраструктурные повреждения зрелых мужских половых клеток, не выявляемые на обычной спермограмме, могут быть причиной бесплодия «неясного генеза» у больных с урогенитальной инфекцией, вызванной *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и условно патогенной бактериальной флорой [17].

. На фоне участков достаточно конденсированного хроматина выявляются мелкие электроннопрозрачные участки, склонные к слиянию и формирующие картину «меха, изъеденного молью». Ядро (Я) расположено в очень крупной цитоплазматической капле (ЦК) без четких контуров, где обнаруживаются рибосомы (Р), элементы эндоплазматического ретикулаума (ЭС), пиноцитозные пузырьки, лизосомы (Л) и аномальные митохондрии (М) с расширенными и набухшими кристами. Акросома не определяется – агенезия акросомы. Наличие зернисто-фибриллярной головки, вакуолизация – светлые зоны, лишённые хроматина, сохранение «резидуального тела» (цитоплазматической капли) являются признаками гипоолигокинезии. Ув. 36000.

Возможно, нашими данными можно объяснить ряд случаев мужского бесплодия неясного генеза в результате субъективно бессимптомной невыявленной инфекции. Такая инфекция, вызванная хламидиями, трихомонадами, и другими возбудителями, передающимися половым путем, может привести к скрытым нарушениям сперматогенеза и нарушениям созревания сперматозоонов. В сочетании с женским трубно-перитонеальным бесплодием такие нарушения у мужчин вносят свой «вклад» в проблему бесплодного брака [17].

#### СОМАТОПСИХИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ ПРИ ИППП

Известный французский венеролог А. *Siboulet* еще в 1960-х годах писал, что не менее половины больных, перенесши гонорейю или негонорейный уретрит, страдает невротами депрессивного типа или обнаруживает особую склонность к ним. *«Глубоко несчастные женщины, всю свою жизнь посвятившие хроническому аднекситу или циститу, и столь же непоколебимые в своих заблуждениях мужчины, с фанатическим упорством отстаивающие свое право на хронический уретрит. Они лечатся чаще всего от несуществующих болезней или синдромов, ошибочно истолкованных не только пациентами, но и врачами»*. В настоящее время истинный удельный вес аффективных расстройств при урогенитальных инфекциях недооценивается. Стертые депрессии, характеризующиеся чувством собственной неполноценности, утратой прежних интересов и влечений, часто не учитываются венерологами и в статистику психических нарушений не попадают [20]. Согласно современным данным у более 30 % больных соматическими заболеваниями диагностируются клинически очерченные депрессивные состояния, что значительно превышает показатель их распространенности в популяции [32]. В литературе имеются немногочисленные данные, посвященные изучению психопатологических нарушений у больных с хроническими урогенитальными воспалительными процессами, вызванными инфекциями, передающимися половым путем [18, 19, 34]. Так, по сводной статистике у 20–70 % больных хроническими мочеполовыми инфекциями выявлены ипохондрический, тревожно-депрессивный, фобичный синдромы. При этом отмечено, что основными психотравмирующими факторами для их развития явились сексуальные нарушения, в том числе бесплодие, семейные конфликты, которые возникали на фоне основного заболевания. Следует отметить, что психосоматические расстройства и нарушения психологического статуса при смешанных, осложненных урогенитальных инфекциях систематически не изучались.

Нами были изучены психосоматические нарушения у больных хламидийно-трихомонадно-бактериальной инфекцией [24]. При клинико-психопатологическом обследовании 120 больных психопатологические изменения были зафиксированы у 78 (65,0±4,4 %) пациентов. Было выделено ряд синдромов: астенический – у 31 (25,8±4,0 %), агрипничный – у 2 (1,7±1,2 %), астено-депрессивный – у 18 (15,0±3,3 %), тревожно-депрессивный – у 15 (12,5±3,0 %), тревожно-фобичный – у 6 (5,0±2,0 %), ипохондрический – у 6 (5,0±2,0 %) больных смешанной хламидийно-трихомонадно-бактериальной инфекцией. Психические

расстройства при воспалительных заболеваниях органов половой системы формировались по механизму психогений ввиду особой значимости для личности болезней половой системы. Переживания усугублялись психосоциальными факторами – неблагоприятными межличностными отношениями с женой (мужем) или другим сексуальным партнером. Практически у всех таких больных имелся в прошлом трихомонадный, гонорейный или хламидийный уретрит и страх венерического заболевания после случайной половой связи. У *мужчин* выявлялись эмоциональная слабость, неустойчивость настроения, повышенная психическая и физическая утомляемость, нарушение сна, вегето-сосудистые дистонии. В выраженных случаях психогений имело место коитофобия (боязнь полового акта), ухудшение памяти, психалгии. При этом у 20–30 % больных наблюдались сексуальные расстройства – ускоренная эякуляция, ухудшение адекватных эрекций при сохранности спонтанных эрекций, снижение полового влечения и болезненный оргазм. У *женщин* наблюдалась психогенная цисталгия. Клиническая картина (учащенное мочеиспускание, тупая боль в пояснично-крестцовой и надлобковой области, постоянное недомогание и повышенная утомляемость) не отличалось от острого уретрального синдрома у женщин и хронического уретроцистита. Психогении часто усугублялись развитием *дезадаптации брачных отношений*. Первые попытки половой близости после лечения волнующий характер, а нередко приобретали оттенок некоего испытания для супругов. Пациенты воспринимали любую «неудачу» как доказательство безуспешности лечения, теряли веру в выздоровление. Данный патологический «порочный круг» включал в себя воспаление гениталий, психические нарушения, семейную (в том числе сексуальную) дисгармонию. Характерно, что при наличии воспалительных и психических отклонений у одного из супругов, подобные нарушения как правило «индуцировались» и у другого супруга. Формирование психоэмоциональных нарушений приводило к ослаблению защитных сил организма, которое осложняло течение болезни.

Таким образом, проведенный анализ психического статуса у больных с урогенитальными инфекциями учитывая особенности их клинического течения, возможность развития осложнений, сложности в диагностике и лечении, позволяет сделать вывод о том, что урогенитальные ИППП является мощным психотравмирующим фактором, вызывает астенизацию организма, которая становится фоном для формирования психопатологических синдромов. Психогении при хронических воспалительных процессах венерической этиологии часто усугубляются развитием *дезадаптации брачных отношений*. Неблагополучный психоэмоциональный фон осложняет течение основного заболевания, снижает эффективность проводимой терапии и требует психофармакологической и психотерапевтической коррекции [24].

#### **Заключение.**

Данные современных исследований не оставляют сомнений в том, что неконтролируемые ИППП несут прямую угрозу репродуктивному и сексуальному здоровью нации. Актуальной государственной задачей является противодействие эпидемии ИППП в Украине путем целенаправленного и комплексного воздействия на эпидемический процесс. Распространению ИППП способствуют социальные и поведенческие факторы – рискованное сексуальное поведение, урбанизация, увеличение миграции, недостатки в оказании специализированной медицинской помощи [22, 25, 30]. В Украине благодаря системным мероприятиям, проведенным в последнее десятилетие, удалось достигнуть снижения заболеваемости сифилисом по сравнению с 1996 годом в 5 раз (1996 - 150,8; в 2007 - 29,9 на 100 тыс. населения). Активно внедряются Национальные протоколы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии [28, 29]. Требуется значительного улучшения работа по регистрации заболеваемости. Проблемы борьбы с ИППП включают широкий круг вопросов, имеющих отношение не только к службе здравоохранения, но и к деятельности административных, правоохранительных органов, системы просвещения, образования населения, других ведомств, обеспечивающих необходимые условия для здорового образа жизни общества. Чтобы предотвратить опасность, которую представляют ИППП, нужна совместная тщательно скоординированная работа с участием эпидемиологов, клиницистов, лабораторных работников, сексологов, пси-

хологов, педагогов, специалистов по планированию семьи, социальных работников. Следует ускорить практическое применение мировых научных достижений - методов диагностики и лечения, основанных на доказательной медицине, а также приборов, аппаратов и приемов социально-психологической реабилитации. Непрерывное изучение эпидемической ситуации на определенной территории, в определенном социуме дает возможность определить интенсивность эпидемического процесса, позволяет выявить очаги инфекции, принимать меры воздействия на факторы, влияющие на развитие эпидемического процесса. Исходя из полученной информации, составляются программы, формируется политика, а также проводится реорганизация структур в системе здравоохранения [16, 25, 27, 37].

### Список литературы.

1. Антоньев А.А., Романенко Г.Ф., Мыскин В.С. Проституция и заболевания, передаваемые половым путем // Вестн. Дерматол. Венерол.- 1997.- № 6.- С. 20-22.
2. Аравийская Е.Р., Соколовский Е.В., Гурвич И.Н. Анализ поведения подростков, предполагающих возможность заражения инфекциями, передаваемыми половым путем // Инфекции, передающиеся половым путем. – 2001. – №1. – С. 26–33
3. Бондаревский Я. И. О проституции и инфекциях, передаваемых половым путем // Вестн. Дерматол. Венерол.- 1999.- № 1. – С. 14-15.
4. Ващенко В.В. Етіологічне значення *Chlamydia trachomatis* при хронічному простатиті // Дерматологія та венерологія. - 2002. - № 3(17). – С. 49-52.
5. Возианов А.Ф., Горпинченко И.И. (ред.) Сексология и андрология / Бойко Н.И., Борисенко Ю.А., Быстров А.А. и др. – Киев: Арбис, 1997.- 880с.
6. Возіанов О.Ф., Драннік Г.М., Монтаг Т.С., та ін. НІА-фенотип та стан імунної системи у хворих на хронічний сечостатеви́й хламідіоз // Дерматологія та венерологія - 2003. - № 1(19). – С. 7-14.
7. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними, 2006-2015 гг. – ВОЗ, Женева, 2007 (рус. версия).
8. Гребенников В.А., Жаров Л.В., Ометов В.К. О легализации публичных домов // Вестн. Дерматол. Венерол.- 1999.- № 2. – С. 14-15.
9. Гусаков Н.И. О проституции и проблемах венерологии // Вестн. Дерматол. Венерол.- 1999.- № 4.- С. 23.
10. Дюдюн А.Д. Значение инфекций, передающихся половым путем, в возникновении воспалительных заболеваний гениталий у женщин // Журн. дерматологии и венерологии. – 2000. – № 2. – С. 92–94.
11. Захарова М.А., Алексеева Р.С., Ярушина Р.М., Сырнева Т.А. Типы психоэмоциональных реакций у больных инфекциями, передаваемыми половым путем // Вестник дерматологии и венерологии. – 2005. – № 6. – С. 49
12. Лебедюк М.М. Хламідійна урогенітальна інфекція у жінок: епідеміологія і особливості клінічного перебігу на сучасному етапі обґрунтування необхідності комплексних підходів до діагностики та лікування // Український журнал дерматології, венерології, косметології – 2002. – № 3 (6). – С 77–82.
13. Лузан Н.В. К вопросу о заболеваемости ЗППП у несовершеннолетних // Заболевания, передающиеся половым путем. – 1998. – № 1. – С. 28–32.
14. Мавров Г.И. 1996. *Chlamydia trachomatis* в просвете капилляров маточных труб: возможность гематогенного распространения инфекций. Журнал Академії медичних наук України. 2(4):704-711.
15. Мавров Г.И. Взаимодействие *Chlamydia trachomatis* со сперматозоонами человека: электронномикроскопическое исследование // Мікробіологічний журнал. - 1995. – 57, № 2. – С. 74-79.
16. Мавров Г.И. Контроль инфекций передающихся половым путем в Украине // Доктор. – 2005. – № 1(27) . – С. 10–14.

17. Мавров Г.И. Нагорный А.Е., Чинов Г.П. Ультроструктурные изменения сперматозоонов у больных со смешанной венерической инфекцией, вызванной *Chlamydia trachomatis*, *Trichomonas vaginalis* и условно патогенной бактериальной флорой // Журнал Академії медичних наук України. – 2006. – Т 12, № 4. – С.723-738
18. Мавров Г.И. Нарушение половой функции женщин при хламидийной и уреаплазменной инфекции // Журнал дерматологии и венерологии (Харьков).- 2002.- № 3 (17) С.46-48.
19. Мавров Г.И. Нарушение половой функции мужчин при хламидийной и уреаплазменной инфекции // Здоровье мужчины (Киев), 2002, № 3: С.15-17.
20. Мавров Г.И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика. Монография. – К.: Геркон, 2005. – 524 с.
21. Мавров Г.И., Мальцева Т.В. Гистопатология маточных труб у больных с хламидийной инфекцией // Журнал АМН України, 2003, 9(1): 185-193
22. Мавров Г.И., Чинов Г.П. Математическое моделирование и прогноз распространения венерических болезней // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2006. – № 2. – С. 102-105.
23. Мавров Г.И., Чинов Г.П. Оценка экономического ущерба от венерических заболеваний в отдельно взятом регионе // Журнал Дерматологія та венерологія. – 2001. – № 2(12). – С. 54–57.
24. Мавров Г.И., Чинов Г.П. Психосоматические нарушения у больных смешанными венерическими инфекциями и их коррекция // Дерматовенерология, косметология, сексопатология.- 2006.- № 3-4(8).- С. 120-128.
25. Мавров Г.И., Чинов Г.П. Региональная программа борьбы с венерическими болезнями // Журнал Дерматологія та венерологія. – 2001. – № 4(14). – С. 53–59.
26. Мавров Г.И., Чинов Г.П., Ярошенко А.А. Проституция и инфекции, передающиеся половым путем.- медицинские, социальные и правовые аспекты // Дерматологія та венерологія - 2006.- № 3(33) С.3-20.
27. Мавров Г.И., Ярошенко А.А. Географическая концентрация инфекций, передающихся половым путем – неравномерность распространения в условиях крупного города // Дерматологія та венерологія - 2008- № 1(39) С.90 -116.
28. Мавров Г.И., Бондаренко Г.М., Кочетова Н.В. та ін. Протоколи лабораторної Діагностики інфекцій, Спричинених *Neisseria 16,gonorrhoeae* // Дерматологія та венерологія – 2007.- №1(35). – С. 65-90.
29. Мавров Г.И., Бондаренко Г.М., Счисльонюк Н.В. та ін. Протоколи лабораторної діагностики сифілісу в країнах східної Європи // Дерматологія та венерологія – 2008.- №1(39). – С. 90-116.
30. Мавров Г.И., Чинов Г.П. Контроль інфекцій, що передаються статевим шляхом, в епоху керованої охорони здоров'я // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2005. – № 2(17). – С. 66-72.
31. Мавров И.И. Половые болезни. – Харьков: Факт, 2002. – 789 с.
32. Мосолов С.Н. Клиническая диагностика и фармакотерапия депрессий в соматической практике // Тер. архив, 1999.- № 10: С.70-76.
33. Мудренко О.С., Яцуха М.В. Клинико-лабораторное обследование женщин, занимающихся коммерческим сексом // Вестн. Дерматол. Венерол.- 2000.- № 3.- С. 46-48.
34. Напреенко А.К., Бойко Н.И. Психосоматические проявления при заболеваниях органов мочеполовой системы // Doctor, 2002.- № 6: С. 22-24.
35. Основи діагностики і лікування в дерматології та венерології / І.І. Мавров, Л.А. Болотна, І.М. Сербіна. –Х.: Факт, 2007. -792 с.
36. Проказники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні. Центр медичної статистики МОЗ України. -Київ. -2007. -110 с.
37. Степаненко В.І. Стан та проблеми дерматовенерологічної служби в Україні // Дерматологія та венерологія. – 2004. – № 4(26). – С. 10–15.

38. Чинов Г.П. Сексуальное поведение как фактор распространения венерических инфекций – демографические и социокультурные параллели // *Дерматовенерология, косметология, сексопатология.* – 2007. – № 1-2(9). – С. 108-120.
39. Adrien A., Leane V., Dassa C. et al. Sexual behavior, condom use and HIV risk situations in the general population of Quebec // *Int. J. STD/AIDS.* – 2001. – Vol. 12. – P. 108 – 115
40. Baccetti B., Bernieri G., Burrini A., et al. Notulae Seminologicae 5. Mathematical Evaluation of Interdependent Submicroscopic Sperm Alterations // *J. Androl.* – 1995. - 16, No. 4. – P. 356-371.
41. Bartoov B., Eltes F., Reichart M., et al. Quantitative ultramorphological (QUM) analysis of human sperm: diagnosis and management of male infertility // *Arch. Androl.* – 1999. - 42, No. 3. – P. 161-177.
42. Buve A., Carael M., Hayes R. J., et al. Multicentre study on factors determining differences in rate of spread of HIV in sub-Saharan Africa: methods and prevalence of HIV infection // *AIDS* 2001; 15 (Suppl 4) :S5–14.
43. Collodel G., Baccetti B., Capitani S., Moretti E. Necrosis in human spermatozoa. I. Ultrastructural features and FISH study in semen from patients with urogenital infections // *J. Submicrosc. Cytol. Pathol.* – 2005. – 37, No. 1. – P. 67-73.
44. De Visser R.O., Smith A.M.A, Rissel C.E. et al. Sex in Australia: heterosexual experience and recent heterosexual encounters among a representative sample of adults // *Aust. N. Z. J. Public Health.* – 2003. – Vol. 27. – P. 146–154
45. Farley M., Kelly V. Prostitution: a critical review of the medical and social sciences literature // *Women & Criminal Justice.*- 2000 Vol. 11.- No. 4.- P. 29-64.
46. Freeman E. E., Weiss H. A., Glynn J. R., et al. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies // *AIDS* 2006;20:73–83.
47. Furstenberg R., Moore K., Peterson J. Sex education and sexual experience among adolescents // *Am. J. Public Health.* – 1985. – Vol. 75. – P. 1331–1332
48. González-Jiménez, M. A., Villanueva-Díaz, C. A. Epididymal stereocilia in semen of infertile men: evidence of chronic epididymitis? // *Andrologia.* - 2006. - 38, No. 1. – P. 26-30.
49. Johnson A., Mercer C., Erens B. et al. Sexual behaviour in Britain: partnerships, practices, and HIV risk behaviours // *Lancet.* – 2001. – Vol. 358. – P. 1835–1842
50. Johnson L.F., Lewis D.A. The effect of genital tract infections on HIV-1 shedding in the genital tract: a systematic review and meta-analysis // *Sex. Transm. Dis.* -2008.- Vol. 35.- No.11.- P. 946-959.
51. Kirby D., Short L., Collins J. et al. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness // *Public Health Rep.* – 1994
52. Moretti E., Baccetti B., Capitani S., Collodel G. Necrosis in human spermatozoa. II. Ultrastructural features and FISH study in semen from patients with recovered uro-genital infections // *J. Submicrosc. Cytol. Pathol.* – 2005. - 37. –No. 1. – P. 93-98.
53. Peedicayil J., Deendayal M., Sadasivan G., Shivaji S. Assessment of hyperactivation, acrosome reaction and motility characteristics of spermatozoa from semen of men of proven fertility and unexplained infertility // *Andrologia.* – 1997. – 29, No. 4. – P. 209-218.
54. Plummer F.A., Ngugi E.N. Prostitutes and their clients in the epidemiology and control of sexually transmitted diseases / Holmes K.K., March P.-A., Sparling, P.F., Wiesner P.J., Cates W. Jr., Lemon S.M.,eds. Sexually transmitted diseases. 2nd ed. New York: McGraw-Hill, Inc.- 1990.- P. 71-76.
55. Purvis K., Christiansen E. The impact of infection on sperm quality // *J. Br. Fer. Soc.* – 1995. – 1. – P. 31–41.
56. Risbud A. Human immunodeficiency virus (HIV) & sexually transmitted diseases (STDs) // *Indian J. Med. Res.* -2005.- Vol. 121.- P. 369-376.
57. Smith L., Lanthrop L. AIDS and human sexuality // *Can. J. Public Health.* – 1993. – Vol. 84 (Suppl. 1). – P. S14–S18



58. Unexplained Infertility: Basic and Clinical Aspects / Spera G., Gnessi L., eds.- New York: Academic Press, 1989.- 246p.
59. United Nations Development Programme. HIV/AIDS in Eastern Europe and the Commonwealth of Independent States. Reversing the epidemic, facts and policy options, 2004.
60. Vandepitte J., Lyaerla R., Dallabetta G., Crabbé F., Alary M., and Buvé A. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world // Sex. Transm. Infect.- 2006. Vol. 82(suppl 3):iii18-iii25.
61. World Health Organization. WHO Manual for the Examination of Human Semen and Sperm-Cervical Mucus Interaction, 4th ed. Cambridge University Press, Cambridge. 1999. 48p.
62. Yu J.J., Xu Y.M. Ultrastructural defects of acrosome in infertile men // Arch. Androl. – 2004. – 50, No. 6. – P. 405-409.

## **ІНФЕКЦІЇ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ (ІПСШ) У КОНТЕКСТІ ПРОБЛЕМИ СЕКСУАЛЬНОГО Й РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я НАЦІЇ**

О.Е.Нагорний

В статті аналізується вплив венеричних інфекцій на репродуктивну й сексуальну функцію чоловіків і жінок у контексті цілісного розгляду проблеми. Освітлено питання епідеміології інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) в Україні, вплив змін статевої поведінки на їхнє поширення, порушені соціальні й медичні аспекти проституції. Показано морфологічні основи безплідності в результаті ІПСШ, а також соматопсихічні порушення й дезадаптація сімейних відносин. Ставиться питання про комплексні заходи щодо контролю епідемії ІПСШ і ВІЛ/СНІД в Україні.

## **SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS (STI) IN THE CONTEXT OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH OF THE NATION**

A.E.Nagorniyy

In this article the influence of venereal infections on reproductive and sexual function of men and women in a context of complete consideration of a problem is analyzed. The issues of epidemiology sexually transmitted infections (STI) in Ukraine, influence of sexual behavior on their prevalence, social and medical aspects of prostitution are mentioned. Some pathological aspects of infertility as a result of STI, somatopsychotic impairments, and desadaptation of family relations are shown. The attention to the question on complex measures for the control of the STI and HIV/AIDS epidemic in Ukraine is brought.

УДК 616.97-07-085-036.2

## **КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ИНФЕКЦИЙ ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В ГРУППАХ РИСКА**

Л.И.Гамарник