

6. Климов А.Н., Кожемякин Л.А., Плесков Л.Е., Андреева Л.И. (1987) Антиоксидантный эффект липопротеидов высокой плотности при перекисном окислении липопротеидов высокой плотности. Бюлл. exper. биол., 5: 550-552.

7. Климов А.Н., Гуревич В.С., Никифорова А.А., Шатилина Л.В. и др. (1990) Антиоксидантная активность липопротеидов высокой плотности. Бюлл., exper. биол. Т.108.7: 40-42.

8. Плужников М.С., Иванов Б.С., Жуманулов М.С. (1991) Клиническое значение перекисного окисления липидов (обзор). Вестник оториноларингологии, 3: 88-91.

9. Синяк К.М., Оргель М.Я., Круг В.И. (1976) Метод приготовления липидов для газохромато-графического исследования. Лаб. Дело, 1: 37-41.

10. Клиническая иммунология: под редакцией акад. РАМН Е.Н. Соколова. – Москва, «Медицина», 1989. – 270.

11. Чучалин А.Г., Грачева Н.М. с соавторами. (1995) Патоморфология слизистой оболочки желудочно-кишечного тракта больных аллергическими заболеваниями. Сборник трудов 1 съезда Международного Союза Ассоциации патологоанатомов 3-6 октября 1995 г., М. 180-181.

12. Шендеров Б.А. (1988) Нормальная микрофлора и ее роль в поддержании здоровья человека. Рос. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. Т.7. 1: 61-65.

АНАЛИЗ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ИНФЕКЦИЯМИ, ПЕРЕДАВАЕМЫМИ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ В БЕЛГОРОДСКОЙ ОБЛАСТИ

С.С. Кузьмин

Муниципальная городская клиническая больница № 1 г. Белгород

За последние годы резко возросла проблема изучения роли инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) в этиологии воспалительных заболеваний уrogenитального тракта человека:

Эти заболевания мочеполовой системы поражают людей в период наибольшей половой активности и нередко сопровождаются осложнениями, которые приводят к утрате трудоспособности, к бесплодию или внутриутробной инфекции, обуславливая заболевание плода и новорожденного. По разным оценкам исследователей, ИППП страдают более 50% сексуально активной возрастной группы населения (3,9). По данным отечественных и зарубежных авторов, воспалительные заболевания уrogenитального тракта, обусловленные этими инфекциями, значительно распространены во всех странах мира и в последние годы отмечается устойчивая тенденция к их росту (1,4,6).

Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, приняла в 90-е годы в России угрожающий характер и вызывает в целом по стране у 1,5% населения воспалительные изменения мочеполовых органов (7). По сравнению с 1989 годом заболеваемость сифилисом в России возросла более чем в 60 раз и составила в 1999 году 179,3 на 100 тысяч населения. Остается по-прежнему высоким уровень заболеваемости гонореей – 139,0 на 100 тысяч населения. Однако истинное количество больных гонореей намного превосходит официальные статистические данные (5,7). Активизировался процесс распространения ИППП нового поколения, которые значительно превосходят сифилис и гонорею. В структуре ИППП наибольший удельный вес занимает трихомоноз (24,7%), сифилис составил 19,9%, уrogenитальный кандидоз 15,2%, гарднереллез – 13,2%, гонорея и хламидиоз приблизительно по 8,6% (2,8).

Целью настоящего исследования явилось изучение заболеваемости ИППП в Белгородской области, ее структура, выявляемость различными врачами-специалистами, распространенность заболеваний среди сельского и городского населения.

Материалом исследования послужил сплошной ретроспективный анализ отчетных сведений (форма № 9, форма № 34), выкопировка данных, корреляционный и дисперсионный анализ, расчет экстенсивных и интенсивных показателей, оценка достоверности результатов по критерию Стьюдента и Хи-квадрат. Проведен анализ 66164 случаев заболевания ИППП в Белгородской области за 1992-2000 годы.

Заболеваемость населения Белгородской области хламидиозом за изученный период достоверно выросла с 16,2 на 100 тысяч населения в 1993 году до 98,6 на 100 тысяч населения в 2000 году, то есть – в 6,0 раз. При этом наиболее значительный рост заболеваемости хламидиозом наблюдался с 1998 по 2000 гг. ($p < 0,001$).

Уровень заболеваемости населения уреоплазменной инфекцией за период с 1993 по 1998гг. вырос в 5,7 раза ($p < 0,001$). Однако в связи с тем, что с 1999 года из государственной регистрации исключен ряд нозологических форм ИППП (уреоплазмоз, уrogenитальный кандидоз, гарднереллез), не представляется возможным проанализировать изменение заболеваемости уреоплазмозом в современных условиях.

За анализируемые годы частота заболеваемости уреоплазмозом изменялась неравномерно. Максимальное увеличение заболеваемости происходило с 1993г. по 1995г. ($p < 0,001$). В последующие годы уровень заболеваемости достоверно снизился. Однако в 1998г. вновь зарегистрирован рост частоты уреоплазмоза ($p < 0,001$).

За исследуемый период времени заболеваемость остроконечными кондиломами населения Белгородской области существенных изменений не претерпела ($p > 0,05$).

Анализ заболеваемости уrogenитальным кандидозом показывает, что за исследуемый период происходил как рост, так и снижение количества случаев заболеваний. В целом же уровень заболеваемости достоверно увеличился ($p < 0,001$). Заболеваемость уrogenитальным кандидозом снизилась в 1995 году в 1,5 раза по сравнению с 1993г., и возросла в 1998 году в 1,7 раза по отношению к 1995 году.

В 1993 году заболеваемость уrogenитальным кандидозом составила 43,8 случаев на 100 тысяч населения и оставалась почти такой же в 1994 году – 42,1 на 100 тысяч населения. В 1995г. отмечен самый низкий уровень – 29,9 на 100 тысяч населения.

Заболеваемость гарднереллезом в 1994 году составила всего 1,9 случаев на 100 тысяч населения, а уже в 1996 – 11,2 на 100 тысяч населения ($p < 0,001$). С 1996 года отмечается незначительный спад до 8,9 на 100 тысяч населения в 1997 году, который в 1998г. сменился подъемом, а частота гарднереллеза достигла максимума ($p < 0,001$).

Заболеваемость населения Белгородской области трихомониазом за исследуемый период остается на самом высоком уровне по сравнению с другими ИППП. Практически на протяжении всего анализируемого времени частота трихомониаза увеличивалась. В целом уровень заболеваемости трихомониазом достоверно повысился с 167,3 случаев на 100 тысяч населения в 1993г. до 249,5 на 100 тысяч населения в 2000 г. ($p < 0,001$).

Самый высокий уровень заболеваемости гонореей отмечался в 1993 году и составил 190,6 на 100 тысяч населения. Затем отмечалось постепенное снижение заболеваемости: в 1994 году до 175,6 на 100 тысяч населения, в 1995 году – 128,4 на 100 тысяч населения. Самый низкий уровень заболеваемости гонореей отмечался в 1998 году и составил 61,2 на 100 тысяч населения. В последующие годы произошло достоверное повышение заболеваемости гонореей ($p < 0,001$).

Наиболее высокие темпы роста заболеваемости сифилисом отмечались в 1993-1996 гг. Так, с 1993 по 1996 годы заболеваемость сифилисом возросла в 10,8 раз ($p < 0,001$). Начиная с 1996 года, наблюдается тенденция к снижению заболеваемости сифилисом. В дальнейшем уровень заболеваемости сифилисом снизился существенно ($p < 0,001$).

Структура заболеваемости отдельными видами ИППП в Белгородской области за 1993-2000 годы представлена в таблице 1.

В структуре ИППП отмечается устойчивая тенденция к снижению доли сифилиса, гонореи, относительно стабильный (около 1/3) удельный вес трихомониаза, и по-

вышение уровня уреоплазмоза, гарднереллеза, кандидоза, хламидиоза и остроконечных кондилом. За изученный период четко прослеживается снижение удельного веса инфекции старого и повышение уровня инфекции нового поколения. В 1993 году на долю ИППП старого поколения приходилось 44,9%, а 55,1% составили ИППП нового поколения. К 1995 году удельный вес ИППП старого поколения составил 41,6%, а к 1998 году – 35,7%.

Таблица 1

Заболееваемость отдельными видами ИППП в Белгородской области за период 1993-2000 года (на 100 000 населения)

Название заболевания	Годы исследования							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Сифилис	17,14	57,38	127,41	185,07	182,8	150,97	128,28	108,16
Гонорея	190,61	175,57	128,44	91,96	66,34	61,23	73,25	86,13
Трихомониаз	167,34	203,32	211,49	211,42	173,61	178,86	224,19	249,51
Хламидиоз	16,16	13,84	16,18	21,03	25,63	30,24	71,11	98,61
Кондиломы	11,38	9,94	10,83	7,41	11,76	7,67	11,12	11,28
Уреоплазмоз	15,81	43,05	81,81	67,25	61,74	90,2	н/с	н/с
Гарднереллез	-	1,87	8,84	11,16	8,85	23,03	н/с	н/с
Кандидоз	43,85	42,01	29,89	39,2	30,36	52,34	н/с	н/с

Структура заболеваемости ИППП в Белгородской области за период 1993-1998 годы представлена на рис. 1.

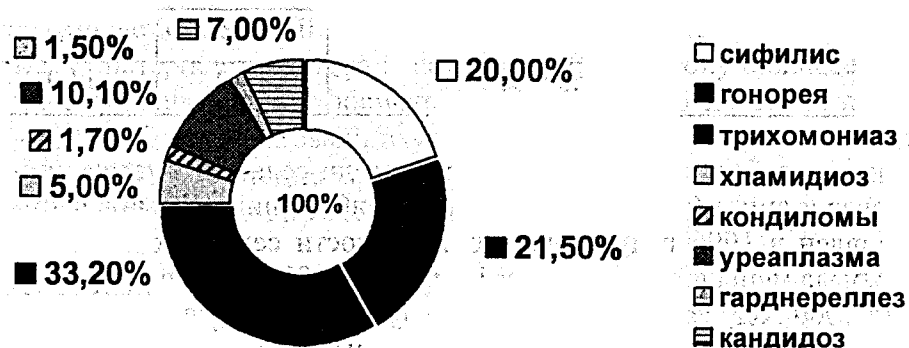


Рис. 1. Структура заболеваемости ИППП населения Белгородской области в среднем за период 1993-1998 гг.

Анализ полученных данных позволяет отметить рост ИППП нового поколения за счет увеличения количества хламидийной, уреоплазменной инфекций, гарднереллеза и урогенитального кандидоза. И, если учесть то обстоятельство, что заболеваемость хламидиозом к 2000 году увеличилась по сравнению с 1998 годом в 3,3 раза, трихомониазом – в 1,4 раза, остроконечными кондиломами – в 1,5 раза, а сифилисом снизилась в 1,4 раза, – нетрудно представить структуру инфекций в 2000 году. Исключение же из статистики некоторых инфекций не позволяет этого сделать.

Заболееваемость городского населения по некоторым нозологиям превышает таковую по отношению к сельским жителям от 1,4 до 16,5 раз (таблица 2).

Структура заболеваемости ИППП (на 100 тысяч населения) городского и сельского населения Белгородской области за 1996–1998 годы

Название заболевания	Население	Годы исследования		
		1996	1997	1998
Сифилис	городское	223,2	214,0	168,7
	сельское	115,0	124,7	117,4
Гонорея	городское	128,4	91,9	82,1
	сельское	24,9	18,6	21,6
Трихомониаз	городское	236,9	185,8	172,3
	сельское	164,5	150,8	191,3
Хламидиоз	городское	31,4	37,3	43,6
	сельское	1,9	3,9	4,9
Остроконечные кондиломы	городское	10,0	16,6	9,0
	сельское	2,7	2,7	5,3
Уреаплазмоз	городское	98,9	91,2	132,4
	сельское	9,0	6,8	10,3
Гарднереллез	городское	16,1	12,7	33,3
	сельское	2,1	1,7	3,5
Кандидоз	городское	50,6	40,7	72,5
	сельское	18,2	11,1	14,2

Уровень заболеваемости сифилисом среди сельского населения во все периоды был достоверно ниже ($p < 0,001$). При этом наибольший разрыв в частоте заболеваемости установлен в 1996 году. Доля заболеваемости сельского населения сифилисом в 1996 году была меньше городского в 1,9 раза, в 1998 году – в 1,4 раза, а в 2000 году – в 1,1 раза (в 2000 году заболеваемость городского населения составила 113,1 на 100 тысяч населения, а сельского – 98,6 на 100 тысяч населения).

Уровень заболеваемости гонореей сельского населения Белгородской области был достоверно ниже за весь исследуемый период ($p < 0,001$). Наибольший разрыв наблюдался в 1996 году, с тенденцией к его уменьшению в 1998 году.

Анализ заболеваемости трихомониазом за 1996-1998 годы показывает интенсивный рост данного заболевания среди сельского населения, и, если в 1996 году заболеваемость трихомониазом сельского населения отставала от городского в 1,4 раза ($p < 0,001$), то в 1998 году превысила в 1,1 раза ($p < 0,001$).

Динамика заболеваемости городского и сельского населения хламидиозом показывает достоверно низкий удельный вес данного заболевания на селе ($p < 0,001$). Те же самые выводы можно применить и к другим ИППП нового поколения.

На фоне тенденции к распространению ИППП среди населения Белгородской области, актуальной является проблема их активной выявляемости. Учитывая низкую осведомленность населения о признаках ИППП, зачастую малосимптомном их течении, – больные все чаще обращаются за медицинской помощью на поздних стадиях заболевания, при появлении осложнений или же при неэффективности самолечения. Активность выявления ИППП за 1993-2000 годы представлена в таблице 3.

Активность выявления ИППП за 1993-2000 годы в Белгородской области (в %)

Нозология	Годы исследования							
	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999	2000
Сифилис	61,0	62,2	69,1	75,4	77,9	80,6	83,6	100
Гонорея	38,4	45,2	40,3	49,3	39,3	33,1	31,6	29,8
Трихомониаз	45,4	68,1	72,7	61,6	66,4	61,3	77,9	79,2
Хламидиоз	40,0	23,6	38,1	25,6	19,0	18,0	26,1	20,3
Кондиломы	11,1	46,9	53,8	57,8	36,8	48,2	36,1	31,9
Гарднереллез	-	74,1	28,7	40,8	45,0	15,2	-	-
Кандидоз	-	34,1	23,2	17,0	37,0	23,2	-	-
Уреаплазмоз	31,6	8,7	20,3	32,1	32,0	24,8	-	-

Отмечается устойчивая тенденция к активному выявлению сифилиса от 61,0% в 1993 году до 100% в 2000 году. Активность выявления возрастает и у трихомониаза от 45,4% в 1993 году до 79,2% в 2000 году. Выявляемость гонорейной инфекции возросла с 1993 (38,4%) по 1996 (49,3%) годы, но к 2000 году снизилась в 1,6 раза и составила 29,8%. Низкий процент активного выявления к 2000 году составили хламидии – 20,3% и остроконечные кондиломы – 31,9%.

При анализе активного выявления ИППП учитывались следующие виды профилактических медицинских осмотров: КОАЛ; в поликлиниках, женских консультациях и стационарах акушерско-гинекологического и урологического профиля; при периодических профосмотрах в кабинетах, отделениях, поликлиниках и при прочих профосмотрах.

Структура выявляемости ИППП в различные годы за изученный период различными специалистами претерпела некоторые изменения. В 1993 году большее количество приходилось на периодические профосмотры в кабинетах и отделениях поликлинической службы – 43,9%. Далее следовали акушеры-гинекологи – 30,5%. 11,7% приходилось на выявление ИППП в стационарах других профилей. Низкие показатели активности выявления приходились на КАОЛ и урологическую службу (1,6% и 3,7% соответственно).

В 1995 году активность выявления акушерами-гинекологами выросла в 1,7 раза и составила 52,1%. Однако снизилась профилактическая работа в кабинетах и отделениях поликлиник в 1,5 раза и составила в 1995 году 28,4%, уменьшилась и активность выявления в стационарах до 4,8%, то есть в 2,4 раза.

К 1998 году лидирующее положение сохраняют акушеры-гинекологи – 45,5%, продолжает снижаться активность выявления при периодических профосмотрах в поликлиниках до 21,0%. Повысился удельный вес активности при прочих профилактических осмотрах – 17,8%. Самым низким показателем остается работа урологов – 2,5%.

Результаты проведенных исследований показали:

1. За изученный период произошел рост числа ИППП в Белгородской области, преимущественно за счет инфекций нового поколения, что явилось результатом негативных социально-экономических изменений в обществе, снижением уровня благосостояния, социальным расслоением, ростом наркомании, алкоголизма и проституции.

2. Заболеваемость ИППП городского населения превышает заболеваемость сельских жителей. Связано это с отсутствием на селе необходимой лабораторной диагностики, низким уровнем образованности, значительным числом невыявленных источников инфекции.

3. Снижается профилактическая работа по активному выявлению ИППП.

Литература

1. Аковбян В.А., Прохоренков В.И. Болезни, передаваемые половым путем: уроки прошлого и взгляд в будущее // Вестник дерматологии и венерологии. – 1995. – №3. – С.16-19.
2. Баев М.В. Распространенность, факторы риска и пути совершенствования профилактики инфекций, передаваемых половым путем. – Р. – 2001, 21 с.
3. Борисенко К.К., Тоскин И.А., Кисина В.И. О значении колонизации мочеполовых органов // ИППП. – 1999. – №3. – С28-31.
4. Дмитриева Т.Б. Об итогах деятельности отрасли в 1996 г. и задачах на 1997 год // Здравоохранение Рос. Фед. – 1997. – №5. – С.3-9.
5. Дорохина О.В., Устенко Н.С., Шакурин О.В. О проституции и инфекциях, передаваемых половым путем // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. – №3. – С.39-40.
6. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Руководство для врача. – М: Авиценна, ЮНИТИ. – 1995. – С.6-8.
7. Тихонова Л.И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Рос. Фед. // Вестник дерматологии и венерологии. – 1999. – №2. – С4-7.
8. Федоренко А.Е., Коляденко В.Г. Некоторые социально-эпидемиологические аспекты концептуальной модели венерических поражений у мужчин // Вестник дерматологии и венерологии. – 1990. – №10. – С.26-31.
9. Хадсон М.М.Т., Талбот М.Д. Уроплазма уролитикум // ИППП. – 1998. – №1. – С.10-13.

МОРФОЛОГИЯ ЭРИТРОЦИТОВ И ГЕНЕТИЧЕСКИЙ ПОЛИМОРФИЗМ У БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ОБСТРУКТИВНЫМ БРОНХИТОМ НА ФОНЕ САХАРНОГО ДИАБЕТА

О.А. Кузьмина, Ю.И. Афанасьев, М.И. Чурносков, И.Н. Костоглодова

Кафедра внутренних болезней №1, кафедра медико-биологических дисциплин БелГУ
Областная клиническая больница

Хронический бронхит является важнейшей проблемой современной пульмонологии. Распространенность хронического бронхита в последние годы так велика, что это заболевание стало настоящим социально-экономическим злом большинства развитых стран мира, а высокие инвалидность и летальность от его осложнений выдвигают хронический бронхит в число актуальнейших проблем клинической пульмонологии [4]. В развитых странах хроническим бронхитом страдают до 10% населения [10]. В Российской Федерации, по данным Лешуковича Ю.В., больные обструктивным бронхитом живут в среднем на 8 лет меньше по сравнению со средними показателями продолжительности жизни [7].

В развитии легочной патологии немалое значение имеет состояние углеводного обмена, нарушение которого, особенно, в виде сахарного диабета, нередко является причиной болезни [1,2,3,8,12]. В свою очередь, бронхолегочные заболевания являются предрасполагающим фоном для возникновения и развития сахарного диабета, который чаще возникает у лиц с гнойными бронхолегочными заболеваниями (в 28,8% случаев), чем с негнойными хроническими неспецифическими заболеваниями – в 12,5% [12].

Сохраняющаяся тенденция к увеличению числа больных, как с сахарным диабетом, так и хроническим бронхитом придает проблеме взаимосвязи этих заболеваний большую медико-социальную значимость. Сочетание данных заболеваний приводит к