

Г. В. Гриненко <sup>1</sup>,  
А. М. Савичева <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова, кафедра акушерства и гинекологии;  
<sup>2</sup> Научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта РАМН, Санкт-Петербург

## ИНФЕКЦИИ ПЕРЕДАЮЩИЕСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ У ЖЕНЩИН РЕПРОДУКТИВНОГО ВОЗРАСТА: ФАКТОРЫ РИСКА, КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ДАННЫЕ

■ В статье представлен обзор современной литературы, посвященный данным эпидемиологии и факторам риска инфекций, передающихся половым путем у женщин репродуктивного возраста.

■ **Ключевые слова:** инфекции, передающиеся половым путем, факторы риска, профилактика

Проблема инфекционных заболеваний женских половых органов остается одной из самых актуальных как в России, так и за рубежом. По данным ВОЗ, инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), являются наиболее распространенными причинами заболеваемости в мире [22]. Высокая заболеваемость, поражение по большей части населения репродуктивного возраста, последствия ИППП, влияющие на здоровье людей и их потомство, определяют повышенный интерес к этой проблеме. Изучение закономерностей распространения урогенитальных инфекций имеет важное медицинское и социальное значение.

### Поведение и ИППП

Прослеживается определенная взаимосвязь между поведенческими факторами и распространением ИППП. Поведение — это совокупность действий, осуществляемых человеком в процессе его взаимодействия с окружающей средой. Поведение человека тесно связано с культурно-историческими, демографическими, социально-экономическими факторами. Радикальные общественно-экономические изменения, произошедшие в мире в конце XX века, привели к изменению прежних моделей сексуального поведения, в результате чего резко возросла распространенность ИППП.

В связи с произошедшими изменениями половой морали, добрые отношения среди молодежи стали не исключением, а правилом. Согласно исследованию репродуктивного здоровья женщин, только от 7 до 17 % молодых женщин в возрасте 15–24 лет в городах Пермь и Иваново, соответственно, имели первый опыт сексуальных отношений после замужества [2]. Исследования, проведенные М. Zelnik и J. Kantner's (1980), показали, что на протяжении 1970-х годов среди молодых женщин в возрасте от 15 до 19 лет имеет место устойчивое увеличение распространенности добрых связей. В США с 1985 по 1988 год наблюдался рост процента женщин подростков, обладающих сексуальным опытом с 44,1 % до 51,5 %, соответственно. В 1988 г. 59 % афро-американок и 51 % белых женщин в возрасте 15–19 лет имели добрые отношения.

J. D. Forrest (1993) связывает возросшее число добрых отношений с увеличением промежутка времени у мужчин от возраста полового созревания до вступления в брак с 7 до 13 лет, а у женщин с 8 до 14 лет, как это наблюдается в США на протяжении последнего столетия [21]. Статистические исследования, проведенные в США до 1995 года, показали, что с ростом добрых отношений снижается возраст первого полового контакта [20]. По данным различных исследователей в России около 70 % мужчин и 50 % женщин начинают половую жизнь до 18 лет. В Саратовской области 32 % сексуально опытных девушек в возрасте 15–24 лет имели половые отношения к 16 годам. В результате опроса московских

школьников выяснено, что треть подростков в возрасте 14–17 лет имела сексуальный опыт, а 13 % из них начали сексуальную жизнь до 14 лет. Причем женщины часто объясняют первую половую близость чувством любви, в то время как мужчины первый сексуальный опыт объясняют «любопытством» [6, 20]. Около 8 % женщин в возрасте от 15 до 44 лет указали, что вступили в первую половую близость по принуждению [20].

Важным детерминантом ИППП, увеличивающим возможность инфицирования, является число сексуальных партнеров. В обзоре исследований по сексуальному поведению, проводившихся в странах Восточной Европы и Средней Азии (отчет ВОЗ), указан процент молодых женщин имевших более одного полового партнера в течение жизни. Он варьируется от 35 до 73 % в возрастной группе от 15 до 25 лет [2]. Склонность к частой смене партнеров, по данным ОКВД г. Кирова, чаще наблюдалась среди больных сифилисом, чем в контрольной группе [6].

В США проводились исследования уровня риска инфицирования при сексуальных взаимоотношениях между молодыми женщинами и их партнерами и уровня осознания женщинами этого риска. Почти все женщины охарактеризовали своих половых партнеров как «не рискованных» или «мало рискованных», несмотря на то, что около половины женщин никогда не обсуждали с партнерами их сексуальный анамнез [27]. В Саратовской области 73 % женщин в возрасте 15–25 лет считают, что не имеют риска заражения ИППП или что их риск очень низок. Низкий риск вероятного заражения большинство объясняет тщательным выбором партнера, но около 5 % респондентов готовы подвергнуться риску заражения ради максимального удовольствия [2].

Среди лиц, употребляющих алкоголь и наркотические препараты, часто наблюдается склонность к рискованному сексуальному поведению. В исследованиях, проведенных среди корейских студентов в 1993–1994 гг., подтверждена взаимосвязь высокого уровня потребления алкоголя и рискованного сексуального поведения. Заболеваемость среди потребителей психоактивных веществ колеблется в следующих пределах: ВИЧ-инфекция — от 0,3 до 21 %; сифилис — от 1,4 до 58 %; гонорея — от 1,6 до 4,8 % [12].

Одним из крайних вариантов рискованного сексуального поведения является коммерческий секс, при котором практикуются множественные половые контакты [35]. В Риге проводилось исследование по распространенности ИППП среди проституток, работающих на улице и в клубах. В исследование включено 107 проституток, проживающих в окрестностях Риги и в самой Риге. Возраст жен-

щин составлял 15–43 лет. Как правило, женщины практиковали незащищенный секс. Каждая десятая женщина употребляла наркотики (экстази). Распространенность гонореи, активного сифилиса, бактериального вагиноза, трихомониаза составляла 10,2; 15,7; 68,2 и 35,5 % соответственно [30].

Таким образом, из приведенного обзора статей по исследованию поведенческих факторов риска ИППП можно сделать заключение, что молодой возраст, раннее начало половой жизни, наличие добрачного сексуального опыта, а также низкий уровень осознания женщинами риска возможного заражения — факторы, способствующие рискованному сексуальному поведению, которое характеризуется большим количеством как сексуальных партнеров, так и незащищенных сексуальных контактов. Отдельную группу риска составляют молодые женщины, употребляющие алкоголь, психотропные препараты и наркотики, а также женщины, занятые в сфере коммерческого секса.

Поведенческие факторы риска, несомненно, играют ведущую, но не единственную роль в распространении ИППП. Имеют значение и свойства возбудителей ИППП.

### Трихомониаз

По данным ВОЗ (1995), в мире было зарегистрировано 170 млн. человек, больных трихомониазом, в России в 1999 году — 486 324 человек, из них 80 % женщин. Частота распространения *Trichomonas vaginalis* в общей популяции равна 5–10 %, у проституток — 50–60 %. *Trichomonas vaginalis* определяются у 14 % мужчин, партнерами которых являлись больные трихомониазом женщины, и у 60–70 % женщин, партнерами которых были мужчины, инфицированные *Trichomonas vaginalis* [28]. Клинические проявления трихомониаза варьируются от бессимптомного носительства до тяжелого вагинита. Наличие и отсутствие симптомов не коррелирует с какими-либо специфическими факторами. Только у 10,5 % трихомониаз протекает как моноинфекция, в остальных случаях трихомонады выявляют в сочетании с микоплазмами (90 %), гонококками (30 %), дрожжеподобными грибами (20 %), хламидиями (15 %) [9].

Существуют данные, что трихомонадный вагинит увеличивает распространение СПИДа. Эпидемиологические исследования предполагают, что трихомониаз связан с увеличением частоты ВИЧ [28].

### Хламидиоз

Согласно приказу МЗ РФ № 286 с 1993 года в России хламидиоз подлежит обязательному статистическому учету. В 1998 году распространенность

хламидиоза в России составила 11,8 %. В Санкт-Петербурге в 1999 году на хламидии обследовано 56 575 пациентов, из них хламидии обнаружены у 12 242 (21,63 %) [18, 37]. По данным А. М. Савичевой (1997), частота встречаемости урогенитальной хламидийной инфекции у женщин Санкт-Петербурга составляет 12–15 % [14].

Н. Kajima (1996) выделил *Chlamydia trachomatis* у 29,0 % женщин при полном отсутствии клинических проявлений заболевания, у 84 % при слизистом и слизисто-гнойном цервиците, у 87 % с эрозией шейки матки [29]. У женщин, не предъявляющих каких-либо жалоб, *Chlamydia trachomatis* определяются в 15–30 % случаев [14].

Из 574 женщин, обратившихся по поводу обильных выделений, болей внизу живота, невынашивания беременности и бесплодия при обследовании *Chlamydia trachomatis* были обнаружены у 155 (27,0 %). Причем в 30,9 % *Chlamydia trachomatis* обнаружены в качестве единственного возбудителя. У остальных 69,1 % *Chlamydia trachomatis* выявлялись вместе с вирусом простого герпеса (61,1 %), цитомегаловирусом (49,0 %), уреоплазмами (30,7 %), микоплазмами (14,7 %) и с различными их ассоциациями [5].

### Гонорея

В настоящее время распространенность гонореи зависит от демографических, социально-экономических, поведенческих и др. факторов. В странах Европы гонорея встречается редко. В США, России и ряде развивающихся стран гонорея является достаточно распространенным заболеванием [24].

В США количество новых случаев инфекции, вызванной *Neisseria gonorrhoeae*, оценивается в 600 тыс. в год [3]. В России (по данным МЗ РФ) уровень заболеваемости гонореей в 1993 году достиг наиболее высокой отметки (230,9 на 100 тыс.), после чего постепенно снижался, что многие врачи склонны связывать с неполной регистрацией и широко распространенным самолечением.

Клинически гонорея характеризуется широким спектром проявлений от бессимптомных форм до развития генерализованной инфекции [24]. Частота обнаружения гонореи у женщин, имевших половые контакты с мужчинами с гонококковым уретритом, составляет 50–90 % [26]. Течение инфекции у женщин часто мало- или бессимптомное.

В последнее время течение гонореи приобрело ряд особенностей. Наблюдается рост резистентности штамов *Neisseria gonorrhoeae* к традиционно используемым для лечения гонореи препаратам. Возрастает значение патологии, вызванной штаммами *Neisseria gonorrhoeae*, продуцирующими пенициллиназу [31, 32, 34]. Участились случаи вы-

явления смешанных инфекций, при которых патогенность каждого микроба ассоциации усиливается.

### Генитальный герпес

Анализировать эпидемиологическую ситуацию в отношении генитального герпеса достаточно сложно из-за большого количества атипичных и асимптомных форм, достигающих 40–80 % [8].

В США за период с 1978 по 1992 год серопозитивность по ВПГ возросла на 30 % со значительным уклоном к приобретению герпетической инфекции в более молодом возрасте.

В России официальная статистика ведется с 1993 года. По данным медицинской статистики Министерства здравоохранения РФ, в России в 1993 году было зарегистрировано около 6,7 тысяч случаев генитального герпеса, а в 1996 году около 15,8 тысяч случаев. Заболеваемость генитальным герпесом ежегодно возрастает [15, 33].

По данным различных авторов, при генитальной герпетической инфекции типоспецифические антитела к вирусу простого герпеса чаще выявляются у женщин, чем у мужчин [25]. Прирост определяемых антител к вирусу простого герпеса у женщин коррелирует с возрастом и социальным статусом [4, 8].

До недавнего времени считалось, что генитальную герпетическую инфекцию вызывает преимущественно ВПГ 2 типа, однако исследования последних лет свидетельствуют о возрастающей роли ВПГ 1 типа как причины развития генитального герпеса.

Методом серологического скрининга было обследовано 120 женщин с типичными проявлениями генитального герпеса. У 30 % пациенток в сыворотке крови были выявлены специфические антитела только к ВПГ1, у 55 % антитела к ВПГ1 и ВПГ2 и у 15 % только к ВПГ2 [17]. В Англии до 50 % случаев первичного генитального герпеса вызвано ВПГ1 типа [17].

### Вирусы папилломы человека

Число инфицированных вирусами папилломы человека в мире за последнее десятилетие увеличилось более чем в 10 раз [1, 13, 16]. По данным МЗ РФ, с 1993 г. по 1999 г. число зарегистрированных больных папилломавирусной инфекцией увеличилось с 17,8 до 25,6 случаев на 100 тыс. населения.

Роль вируса папилломы человека в этиологии злокачественных новообразований женских половых органов интенсивно изучается. Установлено, что риск злокачественного перерождения

тканей связан с несколькими типами вируса папилломы человека; они обозначаются как вирусы высокого онкогенного риска. Это вирусы папилломы человека типов 16, 18, 31, 33, 35, 45. К вирусам низкого онкогенного риска относят типы 6, 11, 42, 43. При инфицировании вирусом папилломы человека высокого онкогенного риска наиболее часто выявляется патология шейки матки (псевдоэрозия — в 72,5 %, эндоцервицит — в 68,6 %). При выявлении вируса папилломы человека низкого онкогенного риска чаще были диагностированы кондиломатоз влагалища (59 %) и вульвы (56,4 %) [16].

В исследованиях И. А. Аполихиной (1999) в 70,3 % случаев вирус папилломы человека был выявлен в ассоциации с другими возбудителями: грибами рода *Candida* в 58,6 %, хламидиями в 16,2 %, уреаплазмами в 14,5 %, вирусом простого герпеса в 8,1 %, трихомонадами в 6,3 %. У 30 % женщин папилломавирусная инфекция сопровождалась бактериальным вагинозом [1].

На основании приведенных данных можно сказать, что наряду с высокой ролью поведенческих факторов, такому широкому распространению ИППП способствует ряд других факторов, а именно — высокая восприимчивость к возбудителям ИППП, большая вариабельность клинических проявлений, изменчивость возбудителей, что приводит к определенным трудностям диагностики и выбора адекватного лечения. Большой процент инфекций, передающихся половым путем, протекает в атипичной или асимптомной формах. Женщины, которые являются асимптомными носителями, играют большую роль в распространении ИППП, поскольку у них нет мотивов для обращения за медицинской помощью и таким образом они способны инфицировать большое количество партнеров. Пациентки с бессимптомным течением заболевания, не подвергающиеся лечению, особенно те, которые демонстрируют поведение, относящееся к группе высокого риска, способствуют поддержанию большого резервуара ИППП среди населения.

Наряду с инфекциями, передающимися половым путем, не стоит забывать о роли условно-патогенной микрофлоры в генезе инфекционных заболеваний урогенитального тракта.

### Бактериальный вагиноз

Бактериальный вагиноз — самое частое гинекологическое заболевание. По данным Е. Ф. Кира (2001), бактериальный вагиноз встречается у 19,2 % женщин репродуктивного возраста [3]. В современной литературе представлены широкие вариации заболеваемости бактериальным вагинозом (от 20 до 90 %), что обусловлено прежде всего различ-

ными популяциями обследуемых женщин. S. Hiller (1999) приводит ряд фактов, указывающих на то, что бактериальный вагиноз чаще встречается среди женщин, посещающих венерологические клиники, женщин с наличием выделений, а также у женщин негроидной расы и проживающих в сельской местности [23]. В настоящее время бактериальный вагиноз рассматривается как инфекционный, невоспалительный процесс, характеризующийся выраженными изменениями вагинальной микрофлоры. Патогенез бактериального вагиноза активно изучается. Известно, что изменению микробиоценоза влагалища способствует ряд экзо- и эндогенных факторов, под воздействием которых происходит элиминация лактобацилл и возрастает роль условно-патогенной микрофлоры (увеличивается количество *Gardnerella vaginalis*, анаэробных бактерий — *Mobiluncus spp.*, *Prevotella spp.*, *Bacteroides spp.*, *Fusobacterium spp.*, *Peptostreptococcus spp.*, а также *Mycoplasma hominis* и несколько реже *Ureaplasma urealyticum*) [3, 23].

В настоящее время дискуссионным остается вопрос о передаче бактериального вагиноза половым путем. Известно, что бактериальный вагиноз преимущественно выявляется у женщин, ведущих активную половую жизнь, часто меняющих половых партнеров. Скептическая точка зрения на половой путь передачи бактериального вагиноза опирается на ряд исследований, в которых описаны результаты наблюдений за супружеским парами и подростками, имеющими регулярные половые сношения, при которых статистическая достоверность передачи бактериального вагиноза половым путем не обнаружена [3, 40]. В исследованиях С. В. Малышевой (2001) из 98 обследованных подростков с бактериальным вагинозом 45 % были девочки-подростки, не живущие половой жизнью, и 55 % девушек, ведущих активную половую жизнь [7]. Кроме того, попытки лечения половых партнеров не снизили число рецидивов заболевания у женщин, страдающих бактериальным вагинозом.

### Генитальные микоплазмы

Широкое распространение урогенитальных микоплазм и их частое выявление у практически здоровых людей затрудняет решение вопроса о роли этих микроорганизмов в патогенезе заболеваний урогенитального тракта.

При смешанных инфекциях микоплазмы и уреаплазмы могут создавать благоприятные условия для проникновения, персистенции и размножения других микроорганизмов. Выявлена связь между гонококковой инфекцией и колонизацией гениталий

микоплазмами и уреоплазмами. Нередко из половых путей одновременно выделяют уреоплазмы и хламидии, уреоплазмы и трихомонады [39].

Урогенитальные микоплазмы довольно широко распространены среди разных групп населения. По данным различных авторов, *Mycoplasma hominis* выявляется у 10–50 % населения [11]. Распространенность здорового носительства микоплазм у сексуально активных женщин варьируется от 15 до 95 %. Однако у 80 % женщин с симптомами генитальных инфекций были обнаружены *Mycoplasma hominis*, а также у 49–51 % женщин с нарушениями функций репродуктивной системы. При неспецифических кольпитах и цервицитах *Mycoplasma hominis* выделялись в 2–2,5 раза чаще, чем у здоровых женщин [11].

Присутствие микоплазм во влагалище часто не вызывает никаких симптомов и жалоб. Клинические проявления при этом выражены слабо. При обследовании 164 женщин и обнаружении генитальных микоплазм 35–48 % не предъявляли никаких жалоб. В 12–18 % случаев микоплазмы являются в качестве единственного этиологического агента, в 70–87 % в ассоциации с другими микроорганизмами, в частности, в 25–30 % случаев с *Chlamydia trachomatis* [11].

### Кандидозные поражения

В настоящее время кандидозный вульвовагинит — одна из более часто встречающихся патологий урогенитального тракта. В США кандидозный вульвовагинит стоит на втором месте после бактериального вагиноза по частоте среди всех ИППП [38]. По данным различных авторов, кандидозный вульвовагинит составляет от 26 до 45 % в структуре инфекционной патологии нижнего отдела половой системы.

В настоящее время способ заражения и пути передачи возбудителя при кандидозном вульвовагините остаются предметом дискуссии. Некоторые авторы считают, что в 30–40 % случаев кандидозного вульвовагинита передача инфекции происходит половым путем. Однако только у 20 % половых партнеров женщин с кандидозным вульвовагинитом выявляют носительство дрожжеподобных грибов [38]. Известно также, что кандидоз мочеполовой системы у женщин встречается в 10 раз чаще, чем у мужчин. Следует отметить и то, что многие женщины, страдающие рецидивирующим кандидозным вульвовагинитом, не живут половой жизнью. Кроме того, против роли половой передачи кандидозного вульвовагинита свидетельствует низкая эффективность лечения половых партнеров в профилактике рецидивов кандидозного вульвовагинита.

Согласно другой точке зрения, кандидоз возникает эндогенно вследствие нарушения защитной роли нормальной микрофлоры влагалища, а также как следствие дисметаболических расстройств и дисфункции иммунной системы организма [10, 38].

Таким образом, бактериальный вагиноз, кандидоз, микоплазмоз являются заболеваниями урогенитального тракта, на прямую не связанными с сексуальной передачей, но ассоциированными с сексуальным поведением.

Подводя итог обзору литературы, следует подчеркнуть необходимость изучения факторов риска ИППП, выделение групп риска ИППП, проведение среди женщин этих групп скрининговых и просветительских программ, направленных на предупреждение, раннее выявление и лечение ИППП. Значительное снижение распространения ИППП наблюдается в странах, где были введены программы по купированию ИППП. В Швеции число случаев хламидийной инфекции было снижено более чем на 50 % за семилетний период, упав с 38 200 в 1987 году до 13 600 случаев в 1994 году. Распространенность гонореи в Швеции в 1970 г. составляла 974 случая на 100 тыс. населения, в 1987 г. этот показатель снизился до 62 случаев на 100 тыс., а с 1996 г. в Швеции не зарегистрировано ни одного случая гонореи [19].

Дальнейшее совершенствование программ профилактической деятельности по снижению заболеваемости ИППП в нашей стране является задачей первостепенной важности и обещает успех такой же, как в Швеции.

### Литература

1. Аполихина И. А. Оптимизация диагностических и лечебных мероприятий у больных с папилломавирусной инфекцией гениталий//Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М., 1999. — 23 с.
2. Ерамова И. Ю., Тоскин И. А. Обзор исследований по сексуальному поведению и использованию презервативов, проводившихся в странах Восточной Европы и Средней Азии (отчет ВОЗ)//ИППП. — 2002. — № 6. — С. 48–53.
3. Кира Е. Ф. Бактериальный вагиноз. — СПб.: ООО «Нева-Люкс», 2001. — 363 с.
4. Кохреидзе Н. А. Оптимизация методов диагностики и терапии женщин с рецидивирующей генитальной герпетической инфекцией//Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — СПб., 2001. — 26 с.
5. Малинина Э. В. Сравнительная оценка различных методов диагностики и терапии урогенитального хламидиоза у женщин репродуктивного возраста// Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — М. — 1997. — 22 с.
6. Мальцева О. Н., Лосева О. К., Плотников А. В. Социальный статус и сексуальное поведение пациентов ОКВД г. Кирова, больных сифилисом// ИППП. — 2002. — № 4. — С. 17–22.
7. Малышева С. В. Современные аспекты клинического течения и лечения бактериального вагиноза у подростков//Русский медицинский журнал. — 2001. — Т. 9 — №1 9. — С. 827–829.

8. Марченко Л. А. Генитальная герпетическая инфекция у женщин (клиника, диагностика, лечение)// Автореф. дис.... док. мед. наук. — М., 1997. — 41 с.
9. Межеветинова Е. А., Михайлова О. И. Трихомонадная инфекция: клиническое течение, диагностика и лечение//Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6 — № 5. — С. 288–295.
10. Мирзабалаева А. К. Кандидоз и актиномикоз гениталий у женщин//Автореф. дис.... док. мед. наук. — СПб. — 2001. — 39 с.
11. Прилепская В. Н., Абуд И. Ю. Урогенитальный микоплазмоз//Русский медицинский журнал. — 1998. — Т. 6 — № 5. — С. 295–301.
12. Прохоренков В. И., Павлов Ю. Н., Гузей Т. Н. Поведенческие факторы риска и их коррекции: обзор литературы//ИППП. — 2002. — № 4. — С. 9–12.
13. Роговская С. И. Папилломавирусная инфекция гениталий. Клиника и лечение. Заболевания шейки матки. Клинические лекции. М. — 1997. — С. 46–51.
14. Савичева А. М., Башмакова М. А. Хламидиоз у женщин и его последствия/Под ред. Э. К. Айламазяна. — Н. Новгород: Издательство НГМА, 1998. — 181 с.
15. Семенова Т. Б. Простой герпес: клиника, диагностика, лечение, профилактика//Автореф. дис.... доктор. мед. наук. — М. — 2000. — 48 с.
16. Шаймарданова Г. И. Факторы риска инфицирования женщин онкогенными типами вируса папилломы человека: Дис.... канд. мед. наук. СПб. — 2001. — 163 с.
17. Шуришалина А. В. Оптимизация методов лечения генитального герпеса у женщин вне беременности// Автореф. дис.... канд. мед. наук. — М. — 2001. — 25 с.
18. Akovbyan V. A., Gomberg M. A. Genital Chlamydia trachomatis infections in Russia//Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe/edited by Marius Domeika M. and Hallen A., Kaunas., 2000. — P. 69–74.
19. Aral S. O., Holmes K. K. Determinants of the epidemiology of STDs: industrialized and developing countries//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 3., Chapter 4. — P. 39–77.
20. Berman S. M., Hien K. Adolescents and STDs//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 5., Chapter 9. — P. 129–142.
21. Forrest J.D. Timing of reproductive life stages//Obstet Gynecol. — 1993. — Vol. 82. — P. 105–111.
22. Gerbase A. C., Rowley J. T., Heymann D. H. L., Berkley S. F. B., Piot P. Global prevalence and incidence estimates of selected curable STDs//Sexually Transmitted Infections. — 1998. — Vol. 74 (Supplement 1). — P. 12–16.
23. Hillier S., Holmes K. K. Bacterial vaginosis//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 6., Chapter 42. — P. 563–586.
24. Hook E. W. and Handsfield H. H. Gonococcal infections in the adult//Sexually Transmitted Diseases/editors, King K. Holmes et al., 1999. — Part 4., Chapter 32. — P. 451–466.
25. Hook E. W., Cannon R. O., Nahmias A. J., et al. Herpes simplex virus infection as a risk factor for human immunodeficiency virus infection in heterosexuals//J. Infect. Dis. — 1992. — Vol. 165. — P. 251–255.
26. Hooper R. R. et al. Cohort study of venereal disease: 1. The risk of gonorrhea transmission from infected women to men//Am. Epidemiol. — 1978. — P. 108–136.
27. Hutchinson M. K. Something to talk about: sexual risk communication between young women and their partners//J. Obstet. Gynecol. Neonatal Nurs. — 1998. — Vol. 27. — N 2. — P. 127–133.
28. Krieger J. N., Alderete J. F. Trichomonas vaginalis and Trichomoniasis//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 5., Chapter 43. — P. 587–604.
29. Kojima H., Takai K., Fukazawa T., Noguchi Y. Distribution of EIA reactive values and serum antibody titers of Chlamydia trachomatis urethritis and cervicitis at the first visit//Rinsho. Byori. — 1996. — Vol. 44. — N 2. — P. 153–158.
30. Kurova T., Shoubnikova M., Malceva A., Mardh P.-A. Prostitution in Riga, Latvia — a socio-medical matter of concern. Semmes Health Care Centre, Riga, Latvia, Sweden//Acta Obstet. Gynecol. Scand. — 1998. — Vol. 77. — N 1. — P. 83–86.
31. Lewis D. A., Ison C. A., Forster G. E. et al. Tetracycline-resistant Neisseria gonorrhoeae. Characteristics of patients and isolated at a London Genitourinary Medicine Clinic//Sex. Transm. Dis. — 1996. — Vol. 23. — P. 183–378.
32. Lee K., Chong Y., Erdenechegem L. Incidence, epidemiology and evolution of reduced susceptibility to ciprofloxacin in Neisseria gonorrhoeae in Korea//Microbiol. Infect. — 1998. — N 4. — P. 627–633.
33. Mertz G. J. Epidemiology of genital herpes infections//Infectious Disease Clinics of North America. — 1993. — Vol. 7. — N 4. — P. 825–839.
34. Nissinen A., Jarvinen H., Lintamainen O. et al. Antimicrobial resistance in Neisseria gonorrhoeae in Finland, 1976 to 1995//Sex. Transm. Dis. — 1997. — Vol. 24. — N 10. — P. 576–581.
35. Plummer F. A., Countinho R. A., Ngugi E. N., Moses S. Sex workers and their clients in the epidemiology and sexually transmitted diseases//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 5., Chapter 10. — P. 143–150.
36. Rogers C. A., O'Mahony C. High prevalence of simplex virus type 1 in female anogenital herpes simplex [letter; comments]//Intern. J. of STD&AIDS. — 1995 — Vol. 6. — N 2. — P. 144.
37. Savitcheva A. M. et al., Diagnosis and treatment of Chlamydia trachomatis infection in St.Petersburg and Leningradskaya Oblastj//Chlamydia trachomatis infections in Eastern Europe/edited by Domeika M. and Hallen A. — 2000. — P. 84–90.
38. Sobel J. D. Vulvovaginal Candidiasis//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 6., Chapter 45. — P. 629–640.
39. Taylor-Robinson D., Ainsworth J. G., McCormack W. M. Genital mycoplasmas//Sexually Transmitted Diseases/editors, Holmes K. K. et al., 1999. — Part 4., Chapter 40. — P. 533–549.
40. Thomason J. L., Gelbard S. M., Scaglione N. J. Bacterial vaginosis: Current review with indications for asymptomatic therapy//Amer. J. Obstet. Gynecol. — 1991. — Vol. 165. — P. 1210–1217.

SEXUALLY TRANSMITTED INFECTIONS AT THE WOMEN OF REPRODUCTIVE AGE: RISK FACTORS, CLINICOEPIDEMIOLOGICAL DATA

Grinenko G. V., Savitcheva A. M.

■ **The summary:** The article presents the review of modern literature dedicated epidemiological data and risk factors of sexually transmitted infections in women of reproductive age.

■ **Key words:** sexually transmitted infections, risk factors