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

Процесс 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, влияние 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 социально-экономические изменения, произошедшие в мире в конце XX века, привели к изменению прежних моделей сексуального поведения, в результате чего резко возросла распространенность ИППП.


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 исследований в России около 70 % мужчин и 50 % женщин начинают половую жизнь до 18 лет. В Саратове и 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. Кирива, 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 уровень осознания женщинами этого риска. Почти все женщины охарактеризовали свои половые партнеров как «не рискованных» или «мало рисковых», 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 их риск очень низок. Низкий риск вероятного заражения большинство объясняют тщательным выбором партнера, но около 5 % респондентов готовы подвергнуть риску заражения ради максимального удовлетворения [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 женщин составлял 15–43 лет. Как правило, женщины практиковали незащищенный секс. Каждая девятая 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 доброчестного сексуального опыта, а также низкий уровень осознания женщинами риска возможного заражения — факторы, способствующими 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 воздушителей ИППП.

**Трихомониаз**

По данным ВОЗ (1995), в мире было зарегистрировано 170 млн. человек, больных трихомониазом, в России в 1999 году — 486 324 человека, 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 выявляются в сочетании с микоплазмами (90 %), гонококками (30 %), дрожжеподобными грибами (20 %), хламидиями (15 %) [9].

Существует 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. Кайима (1996) выделила Chlamydia trachomatis у 29,0 % женщин при полном отсутствии клинических проявлений заболевания, у 84 % при слизистом и слизисто-гуменном цервите, 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 %), уреаплазмами (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 редко 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, имеющих 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 штаммов Neisseria gonorrhoeae к традиционно используемым для лечения гонореи препаратам. Возрастает значение патологии, вызванной штаммами Neisseria gonorrhoeae, продуцирующими пенициллиназу [31, 32, 34]. Участились случаи выявления смешанных инфекций, при которых патогенность каждого микроба ассоциируется 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 возрослла 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 1994 году около 15,8 тысяча случаев. Заболеваемость генитальным герпесом ежегодно возрастает [15, 33].

По данным различных авторов, при генитальной герпетической инфекции типспецифичные 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 возможности роли ВПГ 1 типа как механизма 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 последние 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 относятся типы 6, 11, 42, 43. При инфицировании вирусом папилломы человека высокого онкогенного риска наиболее часто выявляется патология шейки матки (псевдоэрозия — в 72,5 %, эндодернизит — в 68,6 %). При выявлении вируса папилломы человека низкого онкогенного риска чаще были диагностированы кондиломатоз влагалища (59 %) и нульцы (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 неопределенным 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 подвергающегося 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**


В настоящее время дискуссионным остается вопрос о передаче бактериального вагиноза половым путем. Известно, что бактериальный вагиноз преимущественно выявляется у женщин, ведущих активную половой жизнь, часто меняющих половых партнеров. Скептическая точка зрения на половой путь передачи бактериального вагиноза опирается на ряд исследований, в которых описанные результаты наблюдений за супружеским паром и подростками, имеющими регулярные половые сношения, при которых статистическая достоверность передачи бактериального вагиноза половым путем не обнаружена [3, 40]. В исследованиях С. В. Мальцевой (2001) из 98 обследованных подростков с бактериальным вагинозом 45 % были девочки-подростки, не живущие половой жизнью, и 55 % девушек, ведущих активную половой 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 уреаллизмы могут создавать благоприятные условия для проникновения, персистенции и размножения других микроорганизмов. Выявлена связь между гонококковой инфекцией и колонизацией гениталий
микоплазмами и уреаплазмами. Нередко из половых путей одновременно выделяют уреаплазмы и хламидии, уреаплазмы 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 зуда в области гениталий и 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 нарушением функции 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 в обнаружении генитальных микоплазм 35—45 % не предъявляли никаких жалоб. В 12—18 % случаев микоплазмы выявляются в качестве единственного этиологического агента, в 70—80 % 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 у 20 % половых партнеров женщины 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 резидуирующим 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, предложение средних оценок риска 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 семьлетний 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


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