

4. Реутов В. П., Сорокина Е. Г., Каюшин Л. П. Цикл оксида азота в организме млекопитающих и нитритредуктазная активность гемсодержащих белков // Вопросы мед. химии. — 1994. — Т. 40, № 6. — С. 31-35.

5. Godfrey M., Majid D. S. Renal handling of circulating nitrates in anesthetized dogs // Am. J. Physiol. — 1998. — Vol. 275, N 1. — P. F68-F73.

6. Gunduz F., Kuru O., Senturk U. K. Effect of nitric oxide on exercise-in-

duced proteinuria in rats // J. Appl. Physiol. — 2003. — Vol. 95, N 5. — P. 1867-1872.

7. Nitric Oxide Increases Albumin Permeability of Isolated Rat Glomeruli via a Phosphorylation-Dependent Mechanism / B. Li, J. Yao, T. Morioka, T. Oite // J. Am. Soc. Nephrol. — 2001. — N 12. — P. 2616-2624.

8. Liang M., Knox F. G. Production and functional roles of nitric oxide in the proximal tubule // Am. J. Physiol. Regul. Integr. Comp. Physiol. — 2000. — Vol. 278, N 5. — P. R1117-R1124.

9. Liang M., Berndt T. J., Knox F. G. Mechanism underlying diuretic effect of L-NAME at a subpressor dose // Am. J. Physiol. Renal. Physiol. — 2001. — Vol. 281, N 3. — P. F414-F419.

10. Mensinga T. T., Speijers G. J., Meulenbelt J. Health implications of exposure to environmental nitrogenous compounds // Toxicol. Rev. — 2003. — Vol. 22, N 1. — P. 41-51.

11. Nitrite-derived nitric oxide formation following ischemia-reperfusion injury in kidney / M. Okamoto, K. Tsuchiya, Y. Kanematsu et al. // Am. J. Physiol. Renal. Physiol. — 2005. — Vol. 288, N 1. — P. F182-F187.

УДК 616.61:546.173:599.323.4

С. И. Долوماتов, В. С. Лапай, В. С. Шпак

ВЛИЯНИЕ МАЛЫХ ДОЗ НИТРИТА НАТРИЯ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПОЧЕК БЕЛЫХ КРЫС

Изучались особенности деятельности почек белых крыс, а также состояние почечного транспорта нитритов в условиях продолжительного потребления водных растворов нитрита натрия. Белых крыс-самцов с массой тела 130–170 г выпаивали в течение 10 сут водными растворами нитрита натрия в концентрации 20 и 60 мг/л (1-я и 2-я группы). Деятельность почек исследовали в условиях 5%-й водной нагрузки. У крыс 1-й группы увеличивалась скорость клубочковой фильтрации и резко усиливалась протеинурия, а у крыс 2-й группы регистрировали уменьшение скорости клубочковой фильтрации, умеренную протеинурию, пророст почечных потерь осмотически активных веществ и двукратное уменьшение концентрационного индекса креатинина.

Ключевые слова: нитрит натрия, почки, водная нагрузка, крысы.

UDC 616.61:546.173:599.323.4

S. I. Dolomatov, V. S. Lapai, V. S. Shpak

INFLUENCE OF SODIUM NITRITE MINOR DOSES ON THE WHITE RATS' RENAL ACTIVITY

The peculiarities of white rats' renal activity as well as the condition of renal transport under condition of prolonged usage of sodium nitrite water solutions were researched. The white rats with the body weight of 130–170 g were given sodium nitrite water solutions in concentration of 20 and 60 mg/l (1st and 2nd group) during 10 days. The renal activity was examined under conditions of 5% water load. The rats of the 1st group had increased speed of glomerular filtration and sharply strengthened proteinuria. The 2nd group rats had decreased speed of glomerular filtration, moderate proteinuria, increment in renal losses of the osmotically active substances and two-fold decrease in creatinine concentration index.

Key words: sodium nitrite, kidneys, water load, rats.

УДК 616.97-053.6.-036.22

М. М. Лебедюк, д-р мед. наук, проф.,
Ю. О. Баранівська

СУЧАСНІ АСПЕКТИ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, У НЕПОВНОЛІТНІХ

Одеський державний медичний університет

Події останніх років показали, що наше суспільство виявилось не готовим до глибоких змін, які відбуваються в ньому. Лібералізація взаємостосунків на фоні девальвації морально-етичних цінностей обернулася цілим букетом соціальних хвороб. Молодь не стала виключенням. Тяга до всього нового, «експеримен-

тальні форми» поведінки, з одного боку, і соціальна незрілість, невміння тверезо оцінити ризик — з другого, призвели, зокрема, до зростання венеричних захворювань серед дітей і підлітків. Необхідно відзначити, що інфекції, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), в середовищі молоді є об'єктом пильної уваги і в

країнах, які традиційно зараховуються нами до категорії благополучних. Так, у дослідженні американського вченого J. M. Miller (1998) [1] показано, що єдиним виявленим фактором ризику рецидивної хламідійної інфекції є вік <20 років. У вагітних підлітків вірогідність рецидивної інфекції була ще вищою.

Схожі дані можна знайти і в роботах російських дослідників. Так, Л. І. Ахметова і співавтори (2000) [2] показали, що найчастіше генетичні маркери хламідій виявляються у жінок віком 16–21 рік, тимчасом як мікоплазма і уреоплазма — однаково часто у жінок різного віку.

У роботі Н. В. Waldman (1998) [3] указується, що, за повідомленнями ряду федеральних установ США, останнім часом спостерігається значне зниження захворюваності на ІПСШ серед дітей і підлітків. На користь цього свідчить робота М. Welsh et al. (1997) [4], в якій показано, що алгоритми оцінки захворюваності на ІПСШ, які включають дані про соціальний, економічний, поведінковий і клінічний статус пацієнтів, які давали добрі результати в одному географічному регіоні, не забезпечували необхідну точність в іншому.

Ю. К. Скрипкин і співавтори (1996) [5] провели аналіз епідеміологічної ситуації захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), в Росії та встановили тенденцію до її погіршення. Рівень зареєстрованої захворюваності на сифіліс у 1994 р. порівняно з показником за попередній рік збільшився в 2,6 рази (з 33,8 до 86,1 випадків на 100 тис. населення), на хламідіоз — на 70,2 % (з 37,0 до 61,8), на уреоплазмоз — на 57,2 % (з 24,3 до 38,2), на гарднерельоз — у 2,3 рази (з 44,8 до 102,5), на уrogenітальний кандидоз — на 60,55 % (з 76,8 до 123,3), на гострокінцеві кондиліди — на 14,69 % (з 17,7 до 20,3), на трихомоніаз — на 2,9 % (з 326,4 до 338,0). Рівень захворюваності на генітальний герпес зменшився на 11,91 % (з 8,4 до 7,4), на гонорею — на 11,53 % (з 229,9 до 203,4). При цьому в 2,4 рази (з 1,7 до 4 випадків на 100 000 дитячого населення) збільшилася кількість хворих дітей, у яких діагностовані го-

норея, — на 16,3 % (з 4,9 до 5,7), трихомоніаз — в 1,7 рази (з 2,5 до 4,2), хламідіоз — у 5 разів (з 0,2 до 1,0), уреоплазмоз — у 3 рази (з 0,1 до 0,3), уrogenітальний кандидоз — у 2,8 рази (з 1,0 до 2,8), гарднерельоз — в 3 рази (з 0,2 до 0,6).

Тенденція до підвищення частоти ЗПСШ у подальші роки в цілому в Росії та на деяких її територіях зростатиме з року в рік. Цьому сприяє: зменшення державного фінансування охорони здоров'я, зокрема дерматовенерологічної служби, потреби якої забезпечуються лише на 40–50 %; відсутність участі страхових компаній у фінансуванні відповідних програм із профілактики ЗПСШ, у результаті цього різко знизилась активність установ охорони здоров'я щодо виявлення хворих серед населення, зокрема у вогнищах захворювань і групах ризику.

Крім того, автори вказують на ряд факторів, які сприяють погіршенню епідеміологічної ситуації: відсутність санітарно-епідеміологічного та медичного нагляду за контингентами сексуальних меншин і повіями, особами без певного місця проживання і наркоманами та зміну стереотипів поведінкових реакцій дітей і підлітків, що виявилось головною причиною раннього початку статевого життя, зокрема з метою проституції, внаслідок статевого насильства, проміскуїтетних статевої зв'язків; активну пропаганду засобами масової інформації сцен сексуального насильства, порнографії та збочень; процвітання приватної підприємницької діяльності юридичних і фізичних осіб, що не мають відповідних ліцензій на лікування ЗПСШ, та інші фактори морального й соціального стану населення Росії. У результаті взаємодії цих несприятливих факторів створюється відомий ефект їх взаємного посилення, що спричинює

«вибух» ЗПСШ. Небезпека криється не тільки в самому факті безпрецедентного зростання ЗПСШ, але і в тому, що сьогодні формуються ніби постійні епідеміологічні канали розповсюдження сексуальних інфекцій, що в недалекому майбутньому створить умови для швидкого розповсюдження захворюваності на СНІД. От чому контроль за розповсюдженням ЗПСШ, на думку авторів, слід включити в число пріоритетних заходів національного характеру [5].

Н. В. Лузан (1996) повідомляє про високий рівень ЗПСШ у підлітків і тенденції до їх подальшого зростання, які є одним із найбільших негативних наслідків лібералізації статевої моралі нашого суспільства. Такі вікові особливості, як психологічна й емоційна незрілість, прагнення до самоствердження і залежність від групових інтересів, соціальний нігілізм, є підставою для включення підлітків у групу ризику із ЗПСШ і СНІДу. Протестійкий стереотип «ганебності» звернення до шкірно-венерологічного диспансеру і боязнь розголосу через традиційні примусові заходи диспансеризації, психологічно невірна модель профілактики венеричних захворювань шляхом залякування, у тому числі й кримінальною відповідальністю, призвели до широкого розповсюдження самолікування в молодіжному середовищі. Все це послужило основою для розробки й апробації у 1993 р. в Новосибірську нових підходів щодо організації допомоги неповнолітнім із ЗПСШ, а саме: проведення спеціалізованих прийомів із діагностики та лікування ЗПСШ на базі відділення дитячої гінекології та урології муніципального консультативно-діагностичного центру для дітей і підлітків «Ювентус»; добровільність, безкоштовність, строга конфіденційність через часткову анонімність і кодування

амбулаторної карти пацієнта; спільна з венерологом робота сексологів і психотерапевтів, спрямована на формування відповідальної сексуальності та позитивних установок щодо репродуктивного здоров'я; активне виявлення хворих на ЗПСШ з-поміж осіб, що звернулися в Центр з іншими проблемами (контингент дитячого гінеколога — 31 %, жертви згвалтування — 39 %); реабілітація репродуктивної функції у дівчат-підлітків уже на етапі лікування ЗПСШ і контроль виліковності в кабінетах підліткового гінеколога і гінеколога-ендокринолога.

Також автор вважає важливим проведення опосередкованої профілактики ЗПСШ за навчальною програмою «Підліток — підлітку: пряме спілкування» через неповнолітніх пацієнтів Центру, що поширюють одержані знання у середовищі своїх однолітків. За 1994–1995 рр. до центру «Ювентус» звернулися й одержали лікування з приводу ЗПСШ 2373 підлітки, частота 3-го контролю вилікування дорівнювала у хлопців 76 %, у дівчат — 91,2 %. Дана модель організації допомоги неповнолітнім із ЗПСШ є комплексним підходом до таких захворювань, як «хвороби поведінки», і впливає на найсприятливішу до формування позитивних установок групу ризику — підлітків, що робить можливим розвиток тенденцій до зниження захворюваності на ЗПСШ і поліпшення репродуктивного здоров'я молоді [6].

D. Petzoldt et al. (2002) повідомляють про епідеміологічний стан, пов'язаний із ІПСШ у колишній Західній Німеччині, де згідно зі спеціальним законом, прийнятим у 1953 р., до венеричних захворювань, що підлягають обов'язковій реєстрації, належали тільки сифіліс, гонорея, м'який шанкр і венерична лімфогранульома. При цьому частка неврахова-

них випадків сифілісу становила 75 %, а частка неврахованих випадків гонореї сягала 90 %. За останні 10 років епідеміологічні дані були одержані тільки в рамках наукових досліджень окремих популяцій. У колишній Східній Німеччині існувала обов'язкова централізована реєстрація ІПСШ, у зв'язку з чим частка неврахованих захворювань, мабуть, була низкою. У 1990 р. після об'єднання країни в Східній Німеччині почало діяти західнонімецьке законодавство. З 1982 р. всі випадки СНІДу реєструються в Центрі СНІДу на базі Інституту Роберта Коха в Берліні. У 2001 р. в країні було прийнято нове Положення про захист від інфекційних захворювань, згідно з яким клінічні діагнози всіх ІПСШ, за винятком гепатиту В, не підлягають обов'язковій реєстрації. Разом із тим введено правило про обов'язкову реєстрацію станів, результатів лабораторних досліджень на сифіліс. Головним чином, сифіліс і ВІЛ-інфекція є обов'язково реєстрованими ІПСШ, тимчасом як контроль за всіма іншими ІПСШ здійснюється в рамках систем епідеміологічного нагляду. Згідно з новим законодавством, місцеві органи охорони здоров'я повинні забезпечувати консультування й обстеження пацієнтів з ІПСШ. За необхідності ці послуги надаються безкоштовно [7].

У дослідженні Moi N. Olafiaklinikken (2001) обговорюються проблеми епідеміології ІПСШ і контролю цих захворювань у скандинавських країнах. Тут реєструється невисокий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію і досягнуті серйозні успіхи в галузі контролю гонореї та сифілісу. Тим же часом в останні декілька років відзначається зростання захворюваності на всі ІПСШ (з дуже низьких рівнів). Ця тенденція, зокрема, характерна для генітальної хламідійної

інфекції. Спеціалізовану допомогу хворим на ІПСШ надають дерматовенерологи, проте основну частину пацієнтів ведуть сімейні лікарі та гінекологи [8].

Аналізуючи епідеміологію ЗПСШ в Італії, Dal Conte I. et al. (2001) повідомляють, що кількість випадків гонореї та сифілісу, зареєстрованих в Італії в 1936 р., перевищувала відповідно 240 і 500 тис. До початку 90-х рр. минулого століття захворюваність знизилася до 200–300 випадків на рік. Автори припускають, що показники захворюваності на ІПСШ, оприлюднені сьогодні, не відображають істинного положення справ і занижені на 100–150 %. Причиною такого явища можуть бути неефективність системи реєстрації, перемикання суспільної уваги на інші проблеми і поступове зниження інтересу до діяльності дерматовенерологічних центрів. Епідемія ВІЛ-інфекції, протягом якої в Італії було зареєстровано більше 47 000 випадків захворювання, призвела до того, що нечисленні заходи щодо контролю за традиційними ІПСШ позбулися джерел фінансування. Сьогодні окремі групи медиків намагаються розробляти альтернативні підходи до профілактики і лікування ВІЛ-інфекції / ІПСШ, проте перспективність цих експериментів потребує вивчення. Тільки корінні зміни в медичній державній політиці, стверджують автори, зможуть підтримати зусилля медиків, адміністраторів і менеджерів, направлені на створення та здійснення відповідних програм контролю ІПСШ [9].

J. Noell et al. (2001) у своєму дослідженні звернулися до бездомних підлітків, серед яких поширені незахищені статеві контакти і вживання наркотиків і які є потенційними переносниками захворювання. Автори вважають, що частота і поширеність ІПСШ у цій

мігруючій групі населення має велике значення. Проведено тривале дослідження частоти і поширеності *Chlamydia trachomatis*, ВПГ-2, вірусів гепатиту В і С (ВГВ, ВГС), ВІЛ, а також психосоціальних корелятивних факторів ризику зараження ІПСШ серед 536 підлітків (319 хлопців і 217 дівчат). Оцінку виконано на початку дослідження, через 3 і 6 міс. На початку дослідження поширеність *C. trachomatis* і ВПГ-2 серед підлітків чоловічої та жіночої статі становила 4,17 і 6,30 % і 5,73 і 12,50 % відповідно. Поширеність ВГВ, ВГС і ВІЛ дорівнювала 3,6; 5,0 і 0,3 % відповідно. Дівчата значно частіше хворіли на ІПСШ, ніж хлопці (16,7 і 9,8 % відповідно). Висока захворюваність корелювала з незахищеним сексом (без презерватива) і великою кількістю статевих партнерів (у дівчат), як правило, старшого віку. Захворюваність на гепатити В і С сягала 3,44 і 6,61 % відповідно й асоціювалася з вживанням внутрішньовенних наркотиків. Серед дівчат наголошувалася відносно висока захворюваність на ВПГ-2-інфекцію (> 25 %) і хламідіозом (12 %) [10].

Дані про захворюваність на сифіліс, гонорею та хламідіоз були зібрані С. Ranchaud et al. (2000) у 16 розвинених країнах із використанням офіційної статистики, опублікованих національних джерел, наукової статті, і неопублікованих урядових даних. Кількість випадків на 100 тис. осіб була підрахована для підлітків, повнолітніх молодят і в цілому для населення. Ці підрахунки можуть розглядатися як занижені через загальну тенденцію заниження кількості випадків ЗПСШ, вважають автори. Загалом, захворюваність на сифіліс, гонорею та хламідіоз знизилася за останнє десятиріччя як серед усього населення, так і серед підлітків. Проте важливим виключенням є Росія: у 90-ті рр. ХХ ст. захво-

рюваність на сифіліс у цій країні істотно зросла. За винятком Росії та Румунії, у розвинених країнах рівень захворюваності сифілісом у середині 90-х рр. становив менше 7 зареєстрованих випадків на 100 тис. підлітків. У деяких країнах захворюваність на гонорею у багато разів вища, ніж на сифіліс, і гонорея непропорційно частіше реєструється серед молоді. Так, у Росії та США захворюваність серед молоді може доходити до 600 випадків на 100 тис., хоча в більшості країн реєстрована захворюваність на гонорею серед підлітків становить менше 10 випадків на 100 тис. У всіх країнах із добре налагодженою реєстрацією хламідіозу виявляється високий рівень захворюваності на цю інфекцію серед підлітків (між 563–1081 випадком на 100 тис.). У цілому, реєстрована захворюваність на всі три ЗПСШ (особливо на хламідіоз) вища серед дівчат-підлітків, ніж серед хлопців того ж віку. Статистичні дані, наведені М. J. Blythe (1998), підтверджують, що у підлітків запальні захворювання органів малого таза (ЗЗОМТ) виявляються частіше, ніж в інших вікових групах. У більшості підлітків симптоматика ЗЗОМТ виражена слабо, що потребує від лікаря підвищеної уваги [11].

Для зменшення захворюваності на ЗПСШ серед підлітків необхідно проводити скринінг, здійснювати програми з профілактики та підвищити доступність лікування [12].

Аудит, що стосується безпечного сексу (БС), проводився G. Vanhegan, A. Wedgwood (1999) у трьох консультативних центрах Лондона для оцінки якості послуг із подання інформації клієнтам про ризик зараження ІПСШ, яка б дозволила їм ухвалити відповідне рішення щодо власної сексуальної поведінки, й огляду реєстраційних записів для документального підтвердження,

проводилося чи ні обговорення правил БС під час попереднього візиту. Для оцінки ставлення клієнтів до БС використовували анкету з відповідною шкалою оцінок. Спочатку критично оцінювалося положення, а потім виявлялися поліпшення якості обслуговування після внесення відповідних змін у роботу служб. Наголошується, що обговорення правил БС із молодими людьми ще не гарантує того, що вони дотримуватимуться цих правил. Навіть якщо вони знатимуть про небезпеку зараження і розумітимуть, що ризикують, зовсім необов'язково, що вони прагнуть змінити свою сексуальну поведінку. Просвітницька робота повинна проводитися з кожним клієнтом, а відповідна анкета допоможе заощадити час для виявлення його готовності слідувати правилам БС.

Метою другого аудиту було визначення відсотка звернень молодих людей в урогенітальні клініки (УГК) після отримання направлення для обстеження на ІПСШ у консультативному центрі. Одержані дані показали, що лише невеликий відсоток молодих людей звертається в УГК. У лютому 1999 р. в Лондоні відкрився новий центр, який забезпечуватиме повний спектр послуг із сексуального здоров'я для молоді, включаючи скринінг на ІПСШ. Цитомегаловірус і герпес «уподобали» період із 14 до 17 років. Перший у цьому віці трапляється майже вчетверо частіше, ніж до 14 років (відповідно 27,8 і 7,7 %), другий — в 2,5 рази частіше (26,3 і 11,1 %). «Золотим віком» трихомоніаза став період від 18 до 20 років — 17 % (в 1,5 рази частіше, ніж у популяції). Дослідження частоти виявлення *Candida albicans* і *Gardnerella vaginalis* були не такими показовими. Необхідно відзначити, вважають автори, що в ранні вікові періоди «чималий внесок» у збільшення

відсотка виявлення ІПСШ робили дівчата, молоді жінки з чотирма, п'ятьма і навіть шістьма одночасно виявленими інфекціями. Власне, ідея даного дослідження виникла в результаті того, що дослідники почали звертати увагу на те, що виявлення відразу кількох позитивних результатів в одній пацієнтки звичайно корелювало з її юним віком.

Наведені факти не можуть не викликати занепокоєння через широкую розповсюдженість ІПСШ у середовищі молоді. Результати дослідження приводять до думки про необхідність розробки й упровадження медичних та інших програм збереження репродуктивного здоров'я молоді. Оскільки дослідження проводилося серед достатньо великої популяції, воно може стати відправною точкою для контролю ефективності реалізації згаданих вище програм [13].

Епідеміологію ЗПСШ у Східній Європі розглядає L. Thomas (1998). На відміну від інших європейських країн, доповідає автор, у Росії та країнах Балтії зареєстровано різке зростання захворюваності на сифіліс і гонорею. За період із 1990 по 1997 рр. захворюваність на сифіліс у країнах Балтії зросла з 5 до 70–100 випадків на 100 000 населення. За той же період часу захворюваність на гонорею підвищилася більш ніж на 50 % і сягнула 150–200 випадків на 100 тис. населення. Офіційній реєстрації в цих країнах підлягають тільки такі ЗПСШ, як ВІЛ-інфекція, сифіліс і гонорея. Причини різкого зростання захворюваності не зовсім зрозумілі, адже вона підвищилася після отримання вказаними країнами незалежності. Тим же часом аналогічна тенденція не простежується в таких країнах, як Польща або Чеська Республіка. Серед причин зростання захворюваності можуть бути розповсюдження західного

стилю життя, легалізація індустрії сексу та підвищення рівня проституції. Іншою причиною може бути розширення потоку мандрівників через відкриті кордони. З 1994 р. відзначається тенденція до зниження захворюваності на гонорею. Не виключено, що це пояснюється збільшенням кількості приватно практикуючих лікарів, які повідомляють не про всі випадки захворювання. Захворюваність на ВІЛ-інфекцію і СНІД у більшості вказаних країн усе ще залишається на відносно низькому рівні. Проте високий рівень захворюваності на сифіліс і гонорею дозволяє висловлювати різні припущення щодо майбутнього розповсюдження ВІЛ-інфекції в цьому регіоні [14].

А. Gromyko (1998) повідомляє, що останніми роками в деяких країнах Східної Європи, особливо в незалежних державах, які щойно утворилися, оголошено про епідемію ЗПСШ, зокрема, сифілісу та гонореї. За останні роки в Білорусі, Казахстані, Російській Федерації та в Україні також різко зросла захворюваність на ВІЛ-інфекцію. Практично в усіх нових незалежних державах захворюваність на сифіліс досягла 200 на 100 тис. населення, а в деяких регіонах — 700 і вище. Виникнення епідемії зумовлено глибокими соціальними й економічними змінами, застарілим законодавством, вживанням несучасних підходів до ведення пацієнтів та їх лікування, низьким рівнем фінансування й іншими причинами. Нещодавно ВООЗ у тісному контакті з UNAIDS почала організувати міжнародну підтримку країн Східної Європи з тим, щоб сприяти переходу до сучасних методів ведення випадків ЗПСШ, організації «сразкових лікувальних установ», упровадження принципів синдромного підходу та якнайменшої шкоди для хворого, а також підвищення

безпеки гемотрансфузій і зменшення вірогідності розповсюдження ВІЛ-інфекції. Впродовж 1997 р. у декількох країнах уже повідомлялися результати підтримки ВООЗ, що привела до зниження темпів зростання захворюваності на сифіліс та інші ЗПСШ. З метою допомоги країнам Східної Європи здійснювати контроль за епідемією ЗПСШ були розроблені Положення ВООЗ і UNAIDS про термінові заходи щодо контролю за епідемією ЗПСШ у Східній Європі. Кілька міжнародних організацій, зокрема Міжнародні донорські організації, а також уряди деяких країн погодилися об'єднати свої зусилля для підтримки заходів, спрямованих на профілактику і лікування ЗПСШ в країнах Східної Європи.

Таким чином, у країнах Східної Європи вже працюють такі важливі механізми контролю за епідемією ЗПСШ, як упровадження інтегрованого підходу до профілактики ВІЛ-інфекції та ЗПСШ, а також взаємодія з організаторами охорони здоров'я з проблемами ЗПСШ [15]. Вже отримані перші позитивні результати.

R. Vogatireva et al. (1998) повідомляє, що в Україні підвищується захворюваність на сифіліс. У 1997 р. було зареєстровано 74 511 пацієнтів зі свіжим сифілісом. У цілому, захворюваність у популяції становила 147,1 на 100 тис. населення. Тривожне зростання захворюваності на ЗПСШ у нових незалежних державах Східної Європи примусило ВООЗ сформулювати низку пропозицій щодо контролю за епідемією. Проект, який планується реалізувати в Україні, включає кілька заходів. Рекомендується розробити план оцінки системи контролю ЗПСШ і провести оцінку системи медичної допомоги в Україні. Крім того, пропонується: розширити й удосконалити систему анонімного тестуван-

ня і лікування, а також систему нагляду за ЗПСШ і реєстрації захворювань; удосконалити пошук і лікування контактних осіб на основі принципу конфіденційності; провести дослідження чутливості збудників ЗПСШ до антибіотиків; широко упроваджувати в практику використання сучасних діагностиків; проводити лікування хворих на ЗПСШ переважно в амбулаторних умовах, за винятком певних контингентів пацієнтів — це вагітні жінки й особи з дуже низьким соціально-економічним статусом; забезпечити допомогу службам ЗПСШ у постачанні відповідними антибіотиками, наприклад, бензатинбензилпеніциліном; підтримати створення двох зразкових клінік, які працюватимуть за технологіями, рекомендованими ВООЗ; застосовувати синдромний підхід у лікуванні ЗПСШ; організувати службу нагляду відповідно до методології, рекомендованої ВООЗ [16].

За останні 5–7 років проблема наркоманії, ВІЛ/СНІДу, ЗПСШ, алкоголізму в суспільстві, а в молодіжному середовищі особливо, стоїть дуже гостро і це не випадково, тому що в даний час суспільство переживає соціальну кризу. Найбільше від цього страждають найуразливіші в психологічному відношенні вікові групи: дошкільники, підлітки, молодь. Підлітки особливо потребують медико-соціально-психологічної підтримки, в першу чергу, з боку батьків, педагогів, психологів, лікарів, тобто свого найближчого оточення. Сьогодні різко збільшилася кількість неблагополучних, асоціальних сімей, в яких не тільки не розв'язуються, а, навпаки, збільшуються проблеми підлітків. Хлопці з неблагополучного соціального середовища складають групу ризику, поповнюючи лави наркоманів й алкоголіків. Вони не бачать перспектив у житті,

їх ніхто не навчив гідно долати труднощі, практично відсутні позитивні моделі поведінки. Неблагополучна ситуація в молодіжному середовищі потребує нових підходів до розв'язання проблем наркоманії, ВІЛ/СНІДу, алкоголізму, ЗПСШ, саморуйнуючої поведінки.

За даними О. Л. Гутневої (2002), аналіз вікової структури пацієнтів із сифілісом та іншими хворобами, що передаються статевим шляхом, свідчить про стабільну перевагу осіб, які захворіли у віці 20–29 років, проте останнім часом відзначається тенденція до «омолодження» сифілісу. Особливу занепокоєність викликає той факт, що кількість дітей, хворих на сифіліс, збільшилася в 4 рази порівняно з 1994 р. Більшість дітей, які захворіли на сифіліс, із соціально-неблагополучних і неповних родин.

Різко зросла кількість дітей із природженим сифілісом. Якщо у 1993 р. всього було зареєстровано 7 випадків природженого сифілісу, то у 2000 р. — вже 63 випадки, найбільше у 1997 р. — 83 випадки. Захворюваність на природжений сифіліс в Україні за роками становить: 1993 р. — 7 випадків; 1994 р. — 14; 1995 р. — 35; 1996 р. — 71; 1997 р. — 83; 1998 р. — 79; 1999 р. — 76; 2000 р. — 63. У 2000 р. найбільша кількість випадків природженого сифілісу зареєстрована: у Луганській області — 9, у Донецькій та Київській — по 7, у Рівненській — 6, у Волинській та Одеській — по 5. Слід зазначити, вказує автор дослідження, що у 2000 р. в Україні захворіли на сифіліс 472 дитини у віці до 14 років, тимчасом як у 1995 р. — 366 (збільшення на 29 %). У 1997 р. захворюваність на сифіліс серед підлітків у віці 15–17 років становила 35,7 на 100 тис. осіб відповідного віку, а у 2000 р. — 81,6 на 100 тис. населення. Таким чином, відзна-

чено підвищення захворюваності у 2,3 рази. У кількох областях (Дніпропетровська, Запорізька, Кіровоградська, Луганська, Херсонська, Полтавська) цей показник в 1,52 рази перевищує середньостатистичний. Він коливається від 100,6 до 129,0 на 100 тис. населення. Серед хворих на сифіліс переважають особи жіночої статі (у віці 15–17 років — утричі).

Підвищення захворюваності на сифіліс зумовлене, на думку дослідника, багатьма соціальними причинами: збільшенням кількості безробітних, осіб без певного місця проживання, зубожінням населення, зловживанням алкоголем, наркоманією, негативним впливом засобів масової інформації, неконтрольованою проституцією тощо [17].

Цієї ж думки дотримується І. І. Мавров (2002), який у своєму дослідженні наводить цікаві статистичні дані щодо рівня захворюваності на ЗПСШ в Україні серед підлітків. Так, найбільш високим був рівень захворюваності у 1996 р., коли в Україні захворюваність на сифіліс у підлітків становила 218,1 на 100 тис. населення. У Дніпропетровській області цей показник дорівнював 371,1; у Донецькій — 362,0; у Запорізькій — 286,2; в Миколаївській — 276,2; у Сумській — 240,5. Дані про захворюваність на сифіліс серед підлітків в Україні в цілому по роках виглядають так: у 1996 р. на дану загрозливу патологію захворіли 4787 підлітків; у 1997 — 4047; у 1998 — 3997; у 1999 — 2514; у 2000 — 2000 [18].

В. М. Волкославська і О. Л. Гутнев (2005) провели моніторинг захворюваності на сифіліс в Україні за період із 1990 по 2003 рр. за даними статистичних звітів у дітей і підлітків та вивчили деякі епідеміологічні особливості сифілісу в різних регіонах України. Автори наголошують, що найви-

щого рівня захворюваність на сифіліс підлітків 15–17 років досягла в цілому по Україні в 1996 р., коли було зареєстровано 218,1 на 100 тис. населення. Далі почалося стрімке зменшення цього показника — у 2003 р. майже у 5,8 разу. На думку авторів, даний стан свідчить про погану реєстрацію випадків захворювання. Найбільші рівні захворюваності визначались у Донецькій, Дніпропетровській, Одеській та Чернівецькій областях — вони перевищували середньостатистичні по Україні. У 2003 р. захворюваність на сифіліс серед підлітків 15–17 років у Донецькій області знизилася в 1,7 разу, тимчасом як у Луганській — збільшилася в 1,2 разу. Автори також наголошують на тенденції до зростання кількості випадків прихованих форм захворювання і наводять дані Чернівецького обласного шкірно-венерологічного диспансеру, які зросли з 36,4 до 66,7 %. За анамнезом, кожна третя дитина в Чернівецькій області, хвора на сифіліс, походила з неповної сім'ї, у кожної другої — батьки не мали постійного місця роботи. У Донецькій області, за даними авторів, 47 % підлітків, що страждали на венеричні хвороби, виховувалися без батька чи матері, сиріт було 4 %, а 46 % батьків зловживали алкоголем [19].

За останні 5–7 років проблема наркоманії, ВІЛ/СНІДу, ЗПСШ, алкоголізму в суспільстві, а в молодіжному середовищі особливо, постає дуже гостро, і це не випадково, тому що нині суспільство переживає соціальну кризу.

З метою оцінки стану фізичного й етичного здоров'я підлітків, їх ставлення до здорового способу життя та ступеня забезпечення знаннями про ЗПСШ [20] проведено анкетне опитування 322 підлітків від 13 до 18 років. Під час опитування встановлено, що статевим життям у віці 13–

14 років живе 29 %, 15–16 років — 52 %, 17–18 років — 65 % підлітків, причому 15 % опитуваних мають по кілька статевих партнерів. Алкогольні напої вживає 65 % дівчат і 59,8 % хлопців, окремі респонденти вказали на прийом наркотичних засобів. Головною причиною недотримання вимог здорового способу життя підлітки у віці 13–14 років називають соціально-економічні проблеми, а старші — недостатню інформованість і негативний вплив оточення (71 % у віці 15–18 років). На думку групи опитаних у віці 13–14 років, основною причиною зараження ЗПСШ і ВІЛ-інфекцією є наркоманія (72 %), а старша група (15–18 років) — випадкові статеві зв'язки (84 %), що може вказувати на придбання ними негативного досвіду. Всі респонденти вважають себе малоінформованими про здоровий спосіб життя, шляхи передачі та перші клінічні ознаки ЗПСШ і СНІДу. На думку більшості підлітків, про це слід говорити у середніх класах школи, що можна розцінювати як соціальне замовлення [20].

Таким чином, аналіз даних літературних досліджень, дозволяє нам дійти висновку, що епідеміологія захворювань, які передаються статевим шляхом, поширюється в усьому світі, у тому числі й у нашій країні. Великою проблемою в цьому плані стає розповсюдження даних загрозливих захворювань серед дітей і молоді. Тому на сучасному етапі актуальним і своєчасним є вивчення епідеміологічного стану, клінічного перебігу ЗПСШ і розробка нових методів лікування, діагностики та їх профілактики у неповнолітніх.

ЛІТЕРАТУРА

1. Miller J. M. Jr. Recurrent Chlamydial colonization during pregnancy // *Am. J. Perinatol.* — 1998. — Vol. 15, N 5. — P. 307-309.

2. Диагностика урогенитальных инфекций методом полимеразной цепной реакции / Л. И. Ахметова, Т. В. Плотникова, Е. Ю. Перевалова, Н. А. Девянина // «Генодиагностика в современной медицине»: Сб. тез. докл. 3-й Всерос. науч.-практ. конф. — М., 2000. — С. 94-95.

3. Waldman H. B. Sexually transmitted diseases and children: there is good news but // *J. Dent. Child.* — 1998. — Vol. 65, N 1. — P. 60-64.

4. Welsh M., Feldblum P., Chen S. Sexually transmitted disease risk assessment used among low-risk populations in east central Africa: a review // *East Afr. Med. J.* — 1997. — Vol. 72, N 12. — P. 764-771.

5. Социально-эпидемиологические особенности заболеваний, передаваемых половым путем, в Российской Федерации / Ю. К. Скрипкин, Л. И. Тихонова, А. А. Кубанова и др. // Тез. докл. 7-го Рос. съезда дерматол. и венерологов. — Казань, 1996. — С. 19-21.

6. Лузан Н. В. Новые подходы к организации помощи несовершеннолетним с заболеваниями, передаваемыми половым путем // Там же. — С. 13-14.

7. Sexually transmitted diseases in Germany // D. Petzoldt, U. Jappe, M. Hartmann, O. Hamouda // *Int. J. STD. AIDS.* — 2002. — Vol. 13, N 4. — P. 246-253.

8. Moi H. Olafiaklinikken. Care of sexually transmitted infections in the Nordic countries // *Int. J. STD AIDS.* — 2001. — Vol. 12, N 12. — P. 819-823.

9. Sexually transmitted infections in Italy: an overview / I. Dal Conte, A. Lucchini, E. Contuzzi et al. // *Int. J. STD AIDS.* — 2001. — Vol. 12, N 12. — P. 813-818.

10. Incidence and prevalence of chlamydia, herpes, and viral hepatitis in a homeless adolescent population / J. Noell, P. Rohde, L. Ochs et al. // *Sex. Transm. Dis.* — 2001. — Vol. 28, N 1. — P. 4-10.

11. Blythe M. J. Pelvic inflammatory disease in adolescent population // *Semin. Pediatr. Surg.* — 1998. — Vol. 7, N 1. — P. 43-51.

12. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries / C. Panchaud, S. Singh, D. Feivelson et al. // *Fam. Plann. Perspect.* — 2000. — Vol. 32, N 1. — P. 24-32, 45.

13. Vanhegan G., Wedgwood A. Young peoples' understanding of safer sex and their attitude to referral for STI screening — two audits from London Brook Advisory Centres // *Br. J. Fam. Plann.* — 1999. — Vol. 25, N 1. — P. 22-23.

14. *Thomas L.* Epidemiology of STD in Eastern Europe // IUSTI Europ. Congr. 1998 on STDs and Genital Dermatol. — Goteborg, Sweden, 4–5 September, 1998. — P. 24.

15. *Gromyko A.* Challenge of STD rising trends of sexually transmitted diseases in Eastern Europe // IUSTI Europ. Congr. on STDs and Genital Dermatol. — Goteborg, Sweden, 4–5 September, 1998. — P. 28.

16. *Bogatireva R., Kaliuzhnaia L., Subbotin Yu.* The ways of improving of

the situation with STD in Ukraine // IUSTI Europ. Congr. on STDs and Genital Dermatol. — Goteborg, Sweden, 4–5 September, 1998. — P. 33.

17. *Гутнев О. Л.* Хвороби, що передаються статевим шляхом: захворюваність в Україні // Дерматол. та венерологія. — 2002. — № 1 (15). — С. 55-57.

18. *Мавров И. И.* Состояние проблемы заболеваний, передающихся половым путем // Дерматол. та венерологія. — 2002. — № 3 (17). — С. 3-10.

19. *Волкославська В. М., Гутнев О. Л.* Деякі статистичні дані про захворюваність на сифіліс дітей та підлітків в Україні: Тези доп. I (VIII) з'їзду Укр. асоц. лікарів-дерматовенерологів і косметологів // Укр. журн. дерматол., венерол. і косметології. — 2005. — № 3. — С. 205.

20. *Рубцов Д. Н., Цысс А. В., Лесницкий М. А.* Возрастные запросы подростков в отношении информации об образе жизни и ИППП // Там же. — С. 220.

УДК 616.97-053.6.-036.22

М. М. Лебедюк, Ю. О. Баранівська

СУЧАСНІ ПИТАННЯ ЕПІДЕМІОЛОГІЇ ЗАХВОРЮВАНЬ, ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, У НЕПОВНОЛІТНІХ

Розглянута проблема епідеміології захворювань, що передаються статевим шляхом, у дітей й підлітків. Аналіз вітчизняних й іноземних літературних джерел показує, що причиною виникнення епідемії є глибокі соціальні та економічні зміни в країнах світу, застосування застарілих методів ведення пацієнтів і їх лікування, низький рівень фінансування тощо. Проведений аналіз літературних даних свідчить про необхідність розробки і впровадження сучасних медичних програм лікування й профілактики даної патології з метою збереження репродуктивного здоров'я молоді.

Ключові слова: епідеміологія, захворювання, що передаються статевим шляхом, діти, підлітки, неповнолітні.

UDC 616.97-053.6.-036.22

М. М. Lebedyuk, Yu. O. Baranivska

MODERN QUESTIONS OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES EPIDEMIOLOGY AT UNDER-AGE PATIENTS

The problem of sexually transmitted diseases epidemiology in children and teenagers is considered in the article. The analysis of Ukrainian and foreign literature sources shows that the reason of origin of epidemic are the deep social and economic changes in the countries of the world, application of obsolete methods of conducting patients and their medical treatment, low level of financing and other reasons. The literature data analysis testifies to the necessity of development and introduction of the modern medical programs of medical treatment and prophylaxis of this pathology with the aim of reproductive health care of young people.

Key words: epidemiology, sexually transmitted diseases, children, teenagers, under-age patients.

*Передплатуйте
і читайте
журнал*



ДОСЯГНЕННЯ БІОЛОГІЇ та МЕДИЦИНИ

У випусках журналу:

- ◆ Фундаментальні проблеми медицини та біології
- ◆ Нові медико-біологічні технології
- ◆ Оригінальні дослідження
- ◆ Огляди
- ◆ Інформація, хроніка, ювілеї

Передплатні індекси:

- для підприємств та організацій — 08204;
- для індивідуальних передплатників — 08205

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті