

Епідеміологічна ситуація зі змішаними уrogenітальними інфекціями у хворих на сифіліс у південному регіоні України

Л.М. Ковальова

Одеський національний медичний університет

Резюме

Мета. Проведено аналіз соціально-епідеміологічної ситуації щодо змішаної уrogenітальної інфекції (ЗУГІ) і захворюваності на неї у хворих на сифіліс у південному регіоні України за період 2015–2019 рр.

Матеріали та методи. Вивчено і проаналізовано з урахуванням соціально-епідеміологічних особливостей структуру захворюваності на сифіліс у 1785 хворих, з них у 1049 (58,8%) пацієнтів виявлено ЗУГІ. Констатовано різноманіття комбінацій асоційованих уrogenітальних мікроорганізмів при мікст-інфекціях у пацієнтів з сифілісом.

Результати. Отримані дані вказують, що інфікування сифілісом зі ЗУГІ було найвищим у разі раннього прихованого сифілісу. Аналіз виявлених варіантів захворювання у хворих на сифіліс і хворих на сифіліс зі ЗУГІ показав низький рівень освіченості з питань індивідуального захисту від інфекцій, що передаються статевим шляхом, в обох групах хворих.

Висновки. Встановлено високу частоту ураження сечостатевого тракту (58,8%) у хворих на сифіліс у південному регіоні України. Характерна наявність різноманітних асоціацій мікроорганізмів при ЗУГІ у хворих на сифіліс, що пояснює ускладнений перебіг ураження уrogenітальної системи. Клінічні прояви сифілісу на тлі ЗУГІ були важкими. Отримані результати послужать підставою для розробки цільових профілактичних заходів з урахуванням епідеміологічної ситуації в морському регіоні.

Ключові слова: епідеміологія, захворюваність, сифіліс, змішана уrogenітальна інфекція, південний регіон України.

DOI: 10.33743/2308-1066-2021-1-44-50

Вступ

Початок ХХІ ст. характеризується постійним ростом захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), зі щорічним інфікуванням, за даними ВООЗ, понад 500 млн осіб, набуваючи в деяких країнах світу характеру епідемії і стоновлячи не лише медичну, але й соціально-економічну проблему. Зростання частоти уrogenітальних захворювань сприяють негативні соціально-економічні чинники, зокрема безробіття, шкідливі звички, алкоголізм і наркоманія, а останнім часом – масова міграція населення, секс-бізнес, секс-індустрія, порнографія, культ насильства в пресі та засобах масової інформації, несприятлива морально-етична поведінка в осіб молодого, працездатного віку, тобто у продуктивної частини населення, зниження рівня протиепідемічної і санітарно-просвітницької роботи [11, 20, 25, 31, 37].

Медична проблема полягає в поширенні ІПСШ (причому перебіг більшості з них є безсимптомним), у частих рецидивах, ускладненнях, порушеннях репродуктивного здоров'я населення і труднощах із лабораторною діагностикою та вибором адекватної терапії, особливо при асоціативно-змішаному мікробіоценозі [23, 34, 41]. Деякі ІПСШ можуть у три рази й більше підвищувати ризик інфікування ВІЛ [13].

В Україні найчастішими збудниками ІПСШ є *Trichomonas vaginalis*, *Chlamydia trachomatis*, *Ureaplasma*

urealyticum, *Herpes simplex virus* [5, 9, 15, 22, 27, 35, 36]. У практичній венерології постійно зустрічаються ураження сечостатевих органів, спричинені поєднанням двох або більше уrogenітальних інфекційних агентів [1, 10, 29, 32]. Багато авторів вказують на роль трихомонадної інфекції як резервуара для мікст-інфекції у 12–55% жінок і 21–80% чоловіків з прямою кореляцією між частотою мікст-інфекції і тривалістю захворювання [16, 33, 38, 43].

Встановлено, що при змішаних уrogenітальних інфекціях (ЗУГІ) посилюється патогенність кожного збудника, зокрема, гонококи потрапляють у фагоцити трихомонад, де не лише переживають період протигонорейного лікування, але і здатні до ендоситобіозу. А резервування вагінальними трихомонадами мікоплазм, хламідій зберігає їх життєздатність у період ендоситобіозу в межах 48 год. Саме резервувальна роль трихомонад пріоритетна у формуванні патогенних мікробіоценозів [28, 30, 39, 43, 44]. Останніми роками значно менше публікацій, присвячених вивченню патогенезу змішаних мікробіоценозів хламідій, трихомонад, мікоплазм, вірусів і ін., але змішану гонорейно-трихомонадну інфекцію діагностують у 25,0–29,2% хворих, а у 32,0–37,5% – асоціації двох-трьох мікроорганізмів, поєднану трихомонадно-бактерійну інфекцію виявляють у 64,1–66,7% пацієнтів [4, 9, 21].

Натепер відзначають збільшення числа хворих на сифіліс, одночасно інфікованих іншими ІПСШ, що є однією із сучасних ознак сифілісу і пояснюється спільними шляхами передачі інфекцій, що призводить до зараження декількома збудниками [2, 17, 19, 24, 40, 42]. За даними багатьох авторів, поєднання декількох урогенітальних інфекцій утруднює верифікацію збудників [26, 29, 32]. У 60–70-ті роки минулого століття ЗУГІ у хворих на сифіліс виявляли в 36% випадків, а у 90-ті роки – вже в 79,7–83,4% випадків [3, 7]. Останніми роками в літературі не приділяють належної уваги особливостям епідеміології, клінічної картини і терапії поєднання сифілісу з урогенітальними інфекціями, що спричинюються одночасно двома, трьома, чотирма і навіть п'ятьма збудниками [6, 8, 12, 14, 18].

Складна епідемічна ситуація в Україні з ІПСШ (легітимною, тобто ліцензованою, медичною допомогою охоплено не більш ніж 40% осіб з ІПСШ [19]) визначає необхідність проведення критичної і глибокої оцінки різних ланцюгів венерологічної служби, яка в силу економічних і соціальних умов нині зазнає багато складних об'єктивних змін.

Мета роботи – провести аналіз соціально-епідеміологічної ситуації щодо ЗУГІ і захворюваності на них у хворих на сифіліс у південному регіоні України за 2015–2019 рр.

Матеріали та методи дослідження

Вивчена структура захворюваності на сифіліс у 1785 хворих у південному регіоні України, з них у 1049 (58,8%) пацієнтів зі ЗУГІ за 2015–2019 рр. Проведений аналіз динаміки захворюваності на ЗУГІ у хворих із сифілісом, зареєстрованих у комунальному некомерційному підприємстві «Одеський обласний шкірно-венерологічний диспансер» Одеської обласної ради (КНП «ООШВД» ООР»), з урахуванням їх соціально-епідеміологічних особливостей.

Враховуючи мету роботи, усіх обстежених осіб (n=1785, хворі на сифіліс, у тому числі 42,1% – ранній, 55,0% – прихований ранній, 1,6% – пізній і 1,3% – неуточнений сифіліс) розподілили на дві групи:

- першу становили 736 (41,2%) хворих на сифіліс без ЗУГІ;
- до другої групи увійшли 1049 (58,8%) пацієнтів з мікст-інфекцією (сифілісом, гонореєю, трихомоніазом, хламідіозом, мікоплазмозом і ін.).

Епідеміологічна частина роботи: розроблені архівні матеріали КНП «ООШВД» ООР» (медичні картки амбулаторних і історії хвороб стаціонарних пацієнтів; таблиці порівняльної характеристики ІПСШ; річні статистичні звіти, лабораторні журнали, матеріали громадських організацій «Віра. Надія. Любов» і «Партнер» тощо).

Серед хворих на сифіліс (n=1785) було 918 (51,4%) чоловіків і 867 (48,6%) жінок віком від 16 до 65 років. Серед хворих на сифіліс і ЗУГІ (n=1049) – 513 (48,9%) чоловіків і 536 (51,1%) жінок віком з 18 до 62 років.

Усім пацієнтам було проведено ретельне клінічне обстеження, що охоплювало огляд шкіри і слизових оболонок, дослідження внутрішніх органів і систем, за необхідності із залученням лікарів суміжних спеціальностей – терапевта, невропатолога, рентгенолога, ЛОР-фахівця, окуліста. Ретельно збирали алергологічний анамнез. Діагноз сифілісу встановлювали на підставі

даних анамнезу, клінічної картини і загальноприйнятих лабораторних досліджень-конфронтацій. Усі хворі на сифіліс були обстежені на гонорею, сечостатевої трихомоніаз, хламідіоз, уреоплазмоз, мікоплазмоз, гарднерельоз, кандидоз тощо; вивчали комбінації цих збудників.

Лабораторне дослідження охоплювало гемограму, аналіз сечі, імунологічні аналізи крові, серологічне обстеження на сифіліс, ВІЛ-інфекцію, гепатити В і С, дослідження на бліду трепонеми і УГІ. Діагностика гонореї і трихомоніазу проводилася за допомогою методів бактеріоскопічного і бактеріологічного дослідження. *Ch. trachomatis* визначали ППФ-методом, підтверджували виявленням хламідійних антитіл у сироватці крові. Уреоплазмоз діагностували шляхом посіву виділень з уретри на агарове середовище з додаванням сечовини або робили зіскрібок зі слизової оболонки уретри для ІФА. Для ідентифікації гарднерельозної інфекції використовували культуральний метод тощо.

Об'єктивний огляд чоловіків охоплював огляд статевого члена, крайньої плоті, вуздечки, визначення стану парауретральних ходів. Оглядаючи уретру, визначали наявність набряку і гіперемії її губок, наявність і характер виділень. Пальпаторно обстежували органи мошонки, передміхурову залозу, сім'яні міхурці. Визначали розмір, форму, консистенцію, характер поверхні і розміри часток передміхурової залози. За відсутності протипоказань шляхом масажу отримували сік передміхурової залози для лабораторного дослідження.

При обстеженні жінок проводили огляд вульви, слизової оболонки пристінку і стінок піхви, а також шийки матки. Під час огляду уретри виявляли набряк і гіперемію губок, стан парауретральних ходів, пальпаторно визначали інфільтрацію, пастозність стінок уретри, інтенсивність і характер виділень. При огляді піхви враховували гіперемію стінок, наявність ерозій, кількість і характер виділень. Оглядаючи шийку матки, звертали увагу на її форму, наявність ерозій, характер, кількість і колір виділень. За допомогою бімануального дослідження тіла матки і її придатків визначали їх розміри, консистенцію, болючість. Під час огляду анальної ділянки звертали увагу на наявність виділень і шкірних висипань або їх залишків. Матеріал з уретри брали ложкою Фолькмана, з каналу шийки матки – гінекологічним пінцетом або ложкою Фолькмана.

Результати та їх обговорення

У південному регіоні України за період з 2015 по 2019 р. було зареєстровано 1785 хворих на сифіліс. Динаміка захворюваності з урахуванням порівняльних даних груп хворих на сифіліс без ЗУГІ і зі ЗУГІ подана в звітній таблиці 1.

Серед осіб I групи (сифіліс без ЗУГІ) питома вага раннього сифілісу (51,8%) трохи перевищувала таку прихованого раннього сифілісу (42,8%), тобто їх співвідношення становило 1,2:1. Пізній сифіліс і неуточнений сифіліс діагностували також з приблизно однаковою частотою в 2,9% і 2,5% пацієнтів. Співвідношення ранніх і пізніх форм сифілісу становило 1,5:1.

Серед хворих II групи (сифіліс зі ЗУГІ) частіше реєстрували прихований ранній сифіліс (63,6%),

Таблиця 1. Порівняльні дані хворих на сифіліс без ЗУГІ з хворими на сифіліс зі ЗУГІ в південному регіоні України за 2015–2019 рр.

Стадія сифілісу	2015 р.		2016 р.		2017 р.		2018 р.		2019 р.		Всього	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ранній сифіліс без УГІ (A51.0 + A51.3), n=381	98	71,0	75	32,3	83	52,9	82	69,5	43	47,2	381	51,8
Ранній сифіліс з УГІ, n=370	106	31,7	88	47,8	69	35,9	65	31,8	42	31,1	370	35,3
Прихований ранній сифіліс без УГІ (A51.5), n=315	32	23,2	145	62,6	69	43,9	27	22,9	42	46,2	315	42,8
Прихований ранній сифіліс з УГІ, n=667	225	67,4	92	5,0	122	63,5	137	67,2	91	67,3	667	63,6
Пізній сифіліс без УГІ (A52), n=21	6	4,3	8	3,4	3	1,9	1	0,8	3	3,3	21	2,9
Пізній сифіліс з УГІ, n=8	2	0,6	3	1,6	1	0,6	1	0,5	1	0,8	8	0,7
Неуточнений сифіліс без УГІ (A53), n=19	2	1,5	4	1,7	2	1,3	8	6,8	3	3,3	19	2,5
Неуточнений сифіліс з УГІ, n=4	1	0,3	1	0,6	–	–	1	0,5	1	0,8	4	0,4
Усього: n=1785 (736/1049)	138	100%	232	100%	157	100%	118	100%	91	100%	736	100%
	334	100%	184	100%	192	100%	204	100%	135	100%	1049	100%
% від загального числа, n=736/1049	138	18,8	232	31,5	157	21,3	118	16,0	91	12,4	736	100%
	334	31,8	184	17,5	192	18,3	204	19,5	135	12,9	1049	100%
% від загального числа хворих на сифіліс, n=1785	472	26,4	416	23,3	349	19,6	322	18,0	226	12,7	1785	100%

Примітка: в чисельнику – дані про хворих на сифіліс без ЗУГІ, в знаменнику – дані про хворих на сифіліс з ЗУГІ.

рідше – ранній сифіліс (35,3%). Їх співвідношення становило 1,8:1. На пацієнтів з пізнім і неуточненим сифілісом зі ЗУГІ припадало 0,7% і 0,4%; співвідношення 1,8:1. Співвідношення ранніх і пізніх форм сифілісу зі ЗУГІ становило 9,9:1.

Особливості динаміки захворюваності на сифіліс у порівнюваних групах упродовж 2015–2019 рр.:

- переважають ранні заразні форми сифілісу (51,8%), причому піки підйому захворюваності в I групі при ранньому сифілісі реєстрували в 2015 і 2018 р. (71,0% і 69,5% відповідно), при прихованому ранньому сифілісі (42,8%) – в 2016 р. (62,6%);
- у II групі звертає на себе увагу підйом захворюваності на ранній сифіліс зі ЗУГІ (35,3%) у 2015 р. (47,8%) за високої питомої ваги хворих на прихований ранній сифіліс із ЗУГІ (63,6%) у 2015 і 2019 р. (від 67,4% до 67,3%).

Аналіз отриманих даних показав, що частота сифілісу зі ЗУГІ була найвищою в разі прихованого раннього сифілісу. ЗУГІ при заразних формах сифілісу виявляли майже в 90 разів частіше, ніж в осіб з пізнім неуточненим сифілісом. Простежується неадекватна тенденція «згасання епідеміологічного процесу» в морському регіоні.

Комбінації асоціювання мікроорганізмів при ЗУГІ у хворих на сифіліс наведені в таблиці 2.

Урогенітальна моноінфекція діагностована у 260 (24,8%) пацієнтів із сифілісом. Урогенітальну поліінфекцію спостерігали в 789 (75,1%) осіб хворих на сифіліс. Поєднання двох інфекційних агентів сечостатевого органу констатували у 361 (34,4%) пацієнта; трьох інфекцій – у 177 (16,9%); чотирьох – у 170 (16,2%), і у 81 (7,7%) хворого зазначали п'ять інфекцій у різних поєднаннях з *Ch. trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *U. urealyticum*, *T. vaginalis*, *Gardnerella vaginalis*, *Mycoplasma hominis*, *Candida albicans*. Аналіз ЗУГІ показав, що частіше за все у хворих на сифіліс

зустрічаються двокомпонентні асоціації мікроорганізмів (34,4%). Рідше за все констатували комбінації п'яти мікроорганізмів (7,7%).

Особливу увагу привертають до себе такі інфекції сечостатевого тракту, як гонорея, трихомоніаз і хламідіоз. Частота виявлення гонореї і трихомоніазу в осіб, хворих на сифіліс (557 з 1049; 53,1%), з обліком моно- і поліінфекції подана в таблицях 2 і 3.

Як видно з таблиці 2, серед інфекцій сечостатевого органу у хворих на сифіліс найчастіше виявляли трихомоніаз (16,8%). Далі питома вага ЗУГІ розподілялась у такій послідовності: *Ch. trachomatis* (15,3%), *G. vaginalis* (11,8%), *N. gonorrhoeae* (10,4%), *U. urealyticum* (10,3%), *M. hominis* (9,4%), *C. albicans* (8,2%) і ін.

Як бачимо з таблиці 3, сечостатевого тракту хворих на сифіліс у всіх стадіях заразного сифілісу був частіше поліінфекційний (співвідношення моноінфекції до поліінфекції становило 1:3,0). Виявляли різні поєднання ЗУГІ із сечостатевим трихомоніазом і гонореєю (подвійна, потрійна, множинна інфекції). Із 557 хворих на сифіліс, гонорею і трихомоніаз *N. gonorrhoeae* як моноінфекцію діагностували в 11 (2,0%), а в поєднаннях з іншими ЗУГІ – у 128 (23,0%) пацієнтів. Урогенітальний трихомоніаз був виявлений у 65 (11,7%) осіб як моноінфекція і у 300 (53,9%) – як поліінфекція в аналогічних комбінаціях асоціювання мікроорганізмів. Комбінацію *T. vaginalis* + *N. gonorrhoeae* констатували у 53 (9,4%) пацієнтів. Частота виявлення гонореї і трихомоніазу у хворих на прихований ранній сифіліс (n=312) становила 56,0%, у хворих на ранній сифіліс (n=234) – 42,0%, на пізні форми (пізній і неуточнений сифіліс) доводилося 1,6% і 0,4% відповідно. *Ch. trachomatis* як моноінфекцію виявили в 4,8% хворих, як поліінфекцію – 10,5% від загального числа пацієнтів (n=1049) із різними поєднаннями інших ЗУГІ (співвідношення хламідіозу до гонореї 2,1:1, хламідіозу до трихомоніазу – 1:1,1).

Таблиця 2. Комбінації асоціювання мікроорганізмів при ЗУГІ у хворих на сифіліс у південному регіоні України за 2015–2019 рр.

Моноінфекція, n=260		2 мікроорганізми, n=361		3 мікроорганізми, n=177		4 мікроорганізми, n=170		5 мікроорганізмів, n=81		Усього	
Збудник	Число випадків	Комбінація мікроорганізмів	Число випадків	Комбінація мікроорганізмів	Число випадків	Комбінація мікроорганізмів	Число випадків	Комбінація мікроорганізмів	Число випадків	абс.	%
Gn	11	Gn+Gard	61	Ur+Tr+Gn	15	Cd+Chl+Gn+Gard	9	Chl+Gard+Ur+Gn+Cd	13	109	10,4
Tr	65	Tr+Cd	43	Chl+Gard+Tr	40	Cd+Tr+Ur+Gn	11	Mk+Ur+Tr+Gard+Gn	17	176	16,8
Chl	50	Chl+Tr	55	Chl+Ur+Tr	25	Cd+Tr+Ur+Chl	7	Ur+Mk+Chl+Cd+Gard	23	160	15,3
Ur	33	Ur+Tr	15	Ur+Cd+Chl	23	Cd+Ur+Gard+Tr	9	Chl+Gard+Mk+Ur+Cd	28	108	10,3
Gard	30	Gard+Cd	45	Chl+Ur+Gard	39	Chl+Tr+Gn+Gard	10			124	11,8
Cd	33	Cd+Chl	19	Gard+Tr+Cd	23	Gn+Chl+Tr+Cd	11			86	8,2
Mk	38	Cd+Mk	31	Mk+Ur+Gard	12	Cd+Gard+Ur+Mk	17			98	9,4
		Mk+Gard	39			Chl+Cd+Gard+Ur	16			55	5,2
		Gn+Tr	53			Cd+Tr+Chl+Ur	28			81	7,8
						Gard+Cd+Mk+Ur	28			28	2,6
						Mk+Ur+Cd+Gard	24			24	2,2
РАЗОМ	260	РАЗОМ	361	РАЗОМ	177	РАЗОМ	170	РАЗОМ	81	1049	100%
	24,8%		34,4%		16,9%		16,2%		7,7%	100%	

Примітки: Gn – *Neisseria gonorrhoeae*; Tr – *Trichomonas vaginalis*; Chl – *Chlamydia trachomatis*; Mk – *Mycoplasma hominis*; Ur – *Ureaplasma urealyticum*; Cd – *Candida albicans*; Gard – *Gardnerella vaginalis*.

Таблиця 3. Частота виявлення гонореї і трихомоніазу серед моно- і поліінфекції урогенітального тракту у хворих на сифіліс у південному регіоні України за 2015–2019 рр.

Стадія сифілісу	Моноінфекція						Поліінфекція				Всього	
	Gn, n=11		Tr, n=65		Gn+Tr, n=53		Gn в поєднанні з іншими ЗУГІ, n=128		Tr в поєднанні з іншими ЗУГІ, n=300			
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Ранній сифіліс (A51.0 + A51.3)	7	63,6	33	50,8	35	66,0	54	42,2	105	35,0	234	42,0
Прихований ранній (A51.5)	4	36,4	26	40,0	16	30,2	72	56,3	194	64,7	312	56,0
Пізній сифіліс (A52)	–	–	5	7,7	1	1,9	2	1,5	1	0,3	9	1,6
Неуточнений сифіліс (A53)	–	–	1	1,5	1	1,9	–	–	–	–	2	0,4
РАЗОМ, n=557	11	2,0	65	11,7	53	9,4	128	23,0	300	53,9	557	100%

Примітки: Gn – *Neisseria gonorrhoeae*; Tr – *Trichomonas vaginalis*.

Клінічні особливості сифілісу і ЗУГІ

Аналіз клінічних досліджень ранніх заразних форм сифілісу показав ускладнений перебіг хвороби у пацієнтів із ЗУГІ:

- подовження інкубаційного періоду (більше 3–4 тиж інкубації) на 34,5% частіше, ніж у порівняльній групі;
- переважання множинних (на 39,8% частіше), виразкових (на 34,5% частіше) і змішаних (на 3,0% частіше) твердих шанкрів без специфічного інфільтрату в основі (на 50,7% частіше);
- екстрагенітальна локалізація (на 15,9% частіше) і часті ускладнення (на 29,4% частіше);
- у 13,1% хворих на сифіліс зі ЗУГІ спостерігали замасковані форми твердого шанкру в комбінації з герпесвірусною, грибовою інфекціями;
- реакція лімфатичного апарату в осіб із сифілісом і ЗУГІ на 23,9% частіше, ніж у порівняльній групі;
- більша частота ураження слизової порожнини рота в пацієнтів II групи (на 8,0%), долонь і підшов (на 9,4%); дифузної сифілітичної алопеції (на 1,9%) тощо;

- швидше утворення пустульозних (на 15,2%) і мокрих ерозивно-виразкових і гіпертрофічних папульозних висипань (на 39,7%) у осіб II групи;
- атипова своєрідність серологічних реакцій (сумнівні результати КСР за наявності позитивних результатів РІФ, ІФА).

Особливості клінічної картини різних форм сифілісу зі ЗУГІ

- Мало- або асимптомність перебігу;
- супутня гонорейна моноінфекція, яка загалом мала безсимптомний перебіг;
- гонорея в комбінації з двома чи більше інфекціями мала перебіг: у 39,3% – без клінічних проявів, у 33,4% пацієнтів – суб'єктивно безсимптомно;
- урогенітальний трихомоніаз як супутню моноінфекцію констатували у всіх хворих з клінічно безсимптомним перебігом, при поліінфекції трихомоніаз розвивався без суб'єктивних клінічних симптомів у 54,1% пацієнтів;

- хламідіоз з клінічними проявами констатували у 4,1% хворих на сифіліс.

Переносимість лікування була цілком задовільною в обох групах. Ускладнень і побічних проявів не спостерігали. Термін спостереження і критерії лікування сифілісу і ЗУГІ після проведеного етіопатогенетичного лікування відповідали діючій інструкції, що забезпечило сприятливі найближчі і віддалені результати.

Несприятлива епідеміологічна кон'юнктура пропоруційна даним виявлення хворих на сифіліс і на сифіліс зі ЗУГІ у південному регіоні України (табл. 4).

Переважає активне виявлення хворих на сифіліс з ЗУГІ всього на 1,8% вказує на низький рівень освічення щодо індивідуального захисту від ІПСШ у пацієнтів обох груп. Основні варіанти активного виявлення хворих на сифіліс (І група) за частотою: як джерело зараження (18,2%), під час профілактичного (17,9%) і серологічного (15,1%) обстеження. У II групі пацієнтів з сифілісом із ЗУГІ: як джерело зараження (18,9%), під час профілактичного (18,8%) і гінекологічного (16,7%) огляду. Згідно з анамнезом хворих, при самостійному зверненні (І група – 16,5%, II група – 18,3%) у 50% випадків мало місце самолікування і лікування в комерційних центрах, що вказує на низький рівень індивідуального противенеричного освічення в осіб обох груп. Все це не є свідченням нормалізації епідеміологічних за венеричними захворюваннями в південному регіоні України.

Безумовно, вищезазначені варіанти виявлення груп хворих на сифіліс і на сифіліс із ЗУГІ, на тлі специфіки Чорноморського регіону і нерідко відсутності відповідального ставлення до свого здоров'я, впливають на рівень захворюваності на мікст-інфекції.

Висновки

Проведено аналіз епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на мікст-інфекції у хворих на сифіліс

Таблиця 4. Варіанти виявлення хворих на сифіліс і на сифіліс із ЗУГІ у південному регіоні України за 2015–2019 рр.

№ з/п	Варіанти виявлення	абс	%
1	При самостійному зверненні	295/192	16,5%/18,3%
2	Як джерело зараження	324/199	18,2%/18,9%
3	Як статевий контакт	200/90	11,2%/8,6%
4	При профілактичному огляді	320/197	17,9%/18,8%
5	При серологічному обстеженні в соматичному стаціонарі	270/110	15,1%/10,5%
6	Гінекологами	235/175	13,2%/16,7%
7	Лікарями суміжних спеціальностей	141/86	7,9%/8,2%
Разом	(Загальне число хворих на сифіліс/Хворі на сифіліс з ЗУГІ)	1785/1049	100%
			100%/58,8%

Примітка: в чисельнику – загальні дані про хворих на сифіліс, в знаменнику – дані про хворих на сифіліс із ЗУГІ.

і УГІ у південному регіоні України протягом 2015–2019 рр. Виявлено, що переважають заразні форми сифілісу.

Спостерігається тенденція до високої питомої ваги хворих на прихований ранній сифіліс із ЗУГІ. Встановлена висока частота ураженості сечостатевого тракту (58,8%) у хворих на сифіліс у південному регіоні України. Встановлено особливості клінічних проявів, які обтяжують перебіг сифілісу, асоційованого із ЗУГІ. Показано переважання мікст-інфекції (75,1% – від 2 до 4 мікроорганізмів) у структурі ЗУГІ у хворих на сифіліс у порівнянні з уrogenітальною супутньою моноінфекцією (24,8%; пріоритетне місце – *T. vaginalis* у комбінації з *Ch. trachomatis*). Подальше розкриття причинно-наслідкових закономірностей, що стосуються поширення сифілісу і ЗУГІ у південному регіоні України, дадуть змогу оптимізувати епідеміологічну ситуацію на сучасному етапі.

References

1. Askhakov MS, Vysheslavcev VV. Chastota vyjavleniya vzbuditel'nykh infektsiy, peredavaemykh polovym putem, pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh mocheполовой системы у мужchin. Vestnik molodogo uchenogo. 2013; 3–4. С. 16–19.
2. Afonin AV, Lebedeva EV. Хронический простатит в сочетании с урогенитальной инфекцией у больных сифилисом. Vestnik dermatologii i venerologii. 2004. № 1. С. 57–58.
3. Борисенко К.К., Делекторский В.В., Баркая М.К. Смешанные урогенитальные инфекции у больных сифилисом. Vestnik dermatologii i venerologii. 1988. № 5. С. 32–35.
4. Боронина Л.Г., Кукушкина М.П., Саматова Е.В. Этиологическая роль микроорганизмов в развитии негонекокковых уретритов и простатитов у мужчин. Международный научно-исследовательский журнал. 2015. № 5–4 (36). С. 52–54.
5. Визначення поширеності інфікування *Giardia Lamblia* сечостатевої системи хворих з інфекціями, що передаються переважно статевим шляхом / П.В. Федорич, С.Б. Зелений, Л.Я. Федорич, Х.І. Шевцова. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2015. № 2 (57). С. 67–70.
6. Волкославська В.М., Гутнев А.Л. Динаміка захворюваності патологією шкіри та інфекціями, що передаються статевим шляхом населення України за останні роки (2000–2009 рр.). Журнал дерматології та косметології ім. М.О. Торсуєва. 2011. № 1–2(24). С. 6–12.
7. Волкославська В.М., Гутнев А.Л. Очерк заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем в Украине. Журнал дерматології та косметології ім. М.О. Торсуєва. 2013. № 1–2(30). С. 108–126.
8. Волкославська В.М. Захворюваність дитячого населення сифілісом в Україні та в сусідніх державах / Теми III(X) з'їзду Української асоціації лікарів-дерматовенерологів і косметологів м.Львів, 22–23 листопада 2017 р. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2017. № 4(67). С. 110–111.
9. Володина Т.А., Сас'кова П.В., Іванова Е.В. Урогенітальний хламідіоз: сучасне становище питання (обзор). Фармація і фармакологія. 2014. № 6(7). С. 66–73.
10. Гамарник Л.І. Клініко-епідеміологічні особливості інфекцій, передаються половим путем в групах ризику. Журнал дерматології та косметології ім. М.О. Торсуєва. 2010. № 3–4(22). С. 67–69.
11. Глобальна стратегія профілактики інфекцій, передаваних половим путем, і боротьби з ними, 2006–2015. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). Vestnik dermatologii i venerologii. 2008. № 4. С. 17–30.
12. Гомберг М.А. Інфекції, передавані половим путем і урогенітальні інфекції в Європі (обзор симпозиума, проведеного в рамках XXVIII конгреса міжнародного союзу по боротьбі з інфекціями, передаваними половим путем). Дерматологія. Приложение к журналу Consilium Medicum. 2014. № 4. С. 4–8.
13. Гречанська Л.В. Клінічні прояви та перебіг сифілісу у ВІЛ-інфікованих. Український журнал дерматології, венерології, косметології. 2006. № 1(20). С. 74–76.
14. Захаров С.В., Захаров В.К., Синиця П.В. Ранній прихований сифіліс: медико-соціальні, епідеміологічні та діагностичні аспекти за останні 30 років. Дерматовенерология. Косметология. Сексопатология. 2014. № 1–4. С. 153–160.
1. Askhakov MS, Vysheslavcev VV. Chastota vyjavleniya vzbuditel'nykh infektsiy, peredavaemykh polovym putem, pri vospalitel'nykh zabolevaniyakh mocheполовой системы у мужchin [The frequency of detection of the causative agent of sexually transmitted infections in inflammatory diseases of the genitourinary system in men]. Vestnik molodogo uchenogo. 2013; 3–4:16–19 (In Russ.).
2. Afonin AV, Lebedeva EV. Hronicheskij prostatitis v sochetanii s urogenital'noj infektsiej u bol'nykh sifilissom [Chronic prostatitis in combination with urogenital infection in patients with syphilis]. Vestnik dermatologii i venerologii. 2004; 1:57–58 (In Russ.).
3. Borisenko KK, Delektorskiy VV, Barkaya MK. Smeshannyye urogenital'nye infekcii u bol'nykh sifilissom [Mixed urogenital infections in syphilis patients]. Vestnik dermatologii i venerologii. 1988; 5:32–35 (In Russ.).
4. Boronina LG, Kukushkina MP, Samatova EV. Etiologicheskaya rol' mikroorganizmov v razvitiі negonokokkovykh uretritov i prostatitov u muzhchin [The etiological role of microorganisms in the development of non-gonococcal urethritis and prostatitis in men]. Mezhdunarodnyj nauchno-issledovatel'skiy zhurnal. 2015; 5–4(36):52–54 (In Russ.).
5. Fedorych PV, Zeleniy SB, Fedorych LA, Shekhovtsova KhI. Vyznachennia poshyrenosti infikuvannya Giardya Lamblia sechostatevoi systemy khvorykh z infektsiyami, shcho peredaiutsya prevazhno statyevym shlyakhom [Determination of the prevalence of Giardya Lamblia infection of the genitourinary system of patients with predominantly sexually transmitted infections]. Ukrainyskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2015; 2(57):67–70 (In Ukr.).
6. Volkoslavskaya VM, Gutnev AL. Dynamika zakhvoruvanosti patolohiiey shkiry ta infektsiyami, shcho peredaiutsya statyevym shlyakhom naselennya Ukrainy za ostanni roky (2000–2009 rr.) [Dynamics of skin pathology and sexually transmitted infections in Ukraine in recent years (2000–2009)]. Zhurnal dermatologii ta kosmetologii im. M.O. Torsueva. 2011; 1–2(24):6–12 (In Ukr.).
7. Volkoslavskaya VN, Gutnev AL. Ocherk zabolevayemosti infektsiyami, peredayushchimisya polovym putem v Ukraine [Outline of the incidence of sexually transmitted infections in Ukraine]. Zhurnal dermatologii ta kosmetologii im. M.O. Torsueva. 2013; 1–2(30):108–126 (In Ukr.).
8. Volkoslavskaya VM. Zakhvoruvanost dityachoho naselennya sifilissom v Ukraini ta v susidnih derzhavakh [Incidence of syphilis in children in Ukraine and neighboring countries]. Tezy III(Kh) zidu Ukrain'skoi atsotsiatsiyi likariv-dermatovenerologiv i kosmetologiv m. Lviv, 22–23 lystopada 2017 r. Ukrainyskiy zhurnal dermatologii, venerologii, kosmetologii. 2017; 4(67):110–111 (In Ukr.).
9. Volodina TA, Sas'kova PV, Ivanova EV. Urogenital'nyy hlamidioz: sovernennoye sostoyaniye voprosa (obzor) [Urogenital'nyy hlamidioz: sovernennoye sostoyaniye voprosa (obzor)] [Urogenital'nyy hlamidioz: current state of the art (review)]. Farmatsiya i farmakologiya. 2014; 6(7):66–73 (In Russ.).
10. Gamarnik LI. Kliniko-epidemiologicheskie osobennosti infektsiy, peredayushchihysya polovym putem v gruppah riska [Clinical and epidemiological features of sexually transmitted infections in risk groups]. Zhurnal dermatologii ta kosmetologii im. M.O. Torsueva. 2010; 3–4(22):67–69 (In Russ.).
11. Global'nyaya strategiya profilaktiki infektsiy, peredavaemykh polovym putem, i bor'by s nimi, 2006–2015. Vsemirnaya organizatsiya zdorovohraneniya (VOZ) [Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections, 2006–2015. World Health Organization (WHO)]. Vestnik dermatologii i venerologii. 2008; 4:17–30 (In Russ.).
12. Gomborg MA. Infektsii, peredavaemye polovym putem i urogenital'nye infekcii v Evrope (obzor simpoziuma, proshedshego v ramkakh XXVIII kongressa mezhdunarodnogo soyuza po bor'be s infektsiyami, peredavaemyimi polovym putem) [Sexually Transmitted Infections

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКАЯ СИТУАЦИЯ ПО СМЕШАННЫМ УРОГЕНИТАЛЬНЫМ ИНФЕКЦИЯМ У БОЛЬНЫХ СИФИЛИСОМ В ЮЖНОМ РЕГИОНЕ УКРАИНЫ

Л. Н. Ковалева

Одесский национальный медицинский университет

Резюме

Цель. Проведен анализ социально-эпидемиологической ситуации и заболеваемости смешанной урогенитальной инфекцией (СУГИ) у больных сифилисом в южном регионе Украины за период 2015–2019 гг.

Материалы и методы. Изучена структура заболеваемости сифилисом у 1785 больных и проанализирована с учетом их социально-эпидемиологических особенностей, из них у 1049 (58,8%) пациентов выявлена СУГИ. Констатировано многообразие комбинаций ассоциирования урогенитальных микроорганизмов при микст-инфекциях у пациентов с сифилисом.

Результаты. Полученные данные показали, что инфицирование сифилисом с СУГИ было наиболее высоким при раннем скрытом сифилисе. Анализ выявленных вариантов заболевания у больных сифилисом и больных сифилисом с СУГИ показал низкий уровень образованности по вопросам индивидуальной защиты от инфекций, передающихся половым путем, в обеих группах больных.

Выводы. Установлена высокая частота поражения мочеполового тракта (58,8%) у больных сифилисом в южном регионе Украины. Характерно наличие разнообразных ассоциаций микроорганизмов при СУГИ у больных сифилисом, что объясняет осложненное течение поражения урогенитальной системы. Клинические проявления сифилиса на фоне СУГИ были более тяжелыми. Полученные результаты послужат основанием для разработки целевых профилактических мероприятий с учетом эпидемиологической ситуации в морском регионе.

Ключевые слова: эпидемиология, заболеваемость, сифилис, смешанная урогенитальная инфекция, южный регион Украины.

EPIDEMIOLOGICAL SITUATION OF INCIDENCE OF MIXED UROGENITAL INFECTIONS IN PATIENTS WITH SYPHILIS IN THE SOUTH REGION OF UKRAINE

L. M. Kovalyova

Odessa National Medical University

Abstract

The objective. The analysis of the social-epidemiological situation and the incidence of mixed urogenital infection (MUI) in patients with syphilis in the southern region of Ukraine for the period 2015–2019 has been carried out.

Materials and Methods. The structure of the incidence of syphilis in 1785 patients was studied and analyzed taking into account their social and epidemiological characteristics, of which – 1049 (58.8%) patients were diagnosed with mixed urogenital infection. A variety of combinations of association of urogenital microorganisms in mixed infections in patients with syphilis has been established.

Results. The data obtained showed that the infection with syphilis with MUI was the highest in early latent syphilis. Analysis of the identified variants of the disease in patients with syphilis and patients with syphilis with MUI showed a low level of education on the issues of individual protection against sexually transmitted infections (STI) in both groups of patients.

Conclusion. A high incidence of lesions of the genitourinary tract damage (58.8%) was established in patients with syphilis in the southern region of Ukraine. The presence of various associations of microorganisms in MUI in patients with syphilis is characteristic, which explains the complicated course of lesions of the urogenital system. The clinic of syphilis on the background of Sugi in patients was more severe. The clinical picture of syphilis against the background of SUGI in patients proceeded with more severe manifestations. The results obtained will serve as the basis for the development of targeted preventive measures, taking into account the epidemiological situation in the marine region.

Key words: epidemiology, morbidity, syphilis, mixed urogenital infection, South region of Ukraine.

Відомості про автора

Ковальова Людмила Миколаївна – д-р мед. наук, професор кафедри дерматології та венерології Одеського національного медичного університету; e-mail: lkovalyova3@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-4809-2875>