

- 7-й пленум Всесоюзного научного общества урологов: Тезисы докладов. — Казань, 1986. — С. 49-50.
6. Игнашин Н.С., Ширинов В.А.// — Урол. и нефрол. — 1994.-№1.-С. 29-32.
7. Коршунов А.В., Колесников Г.П.//Пленум правления Всероссийского общества урологов: Тезисы докладов. — Екатеринбург, 1996. — С. 48.
8. Курбатов Д.Г., Киселева Т.В., Рублевский В.П., Сикора З.С.//Урол. и нефрол. — 1994. -№5.- С. 8-10.
9. Мартов А.Г., Лопаткин Н.А.// Хроссийский съезд урологов: Тезисы докладов. — М., 2002. — С. 655-684.
10. Петров Д. А., Игнашин Н.С., Кудрявцев Ю.В.// Урол. и нефрол. — 1999. - № 5. - С. 11-13.
11. Теодорович О.В., Гаджиев А.Н.//Хроссийский съезд урологов: Тезисы докладов. — М., 2002. — С. 792.
12. Vacha K., Miladi M., Ben Hassine L. et al.//J. Urol. — 2001. Vol. 11, No. 3. — P. 444-449.
13. Fowler J.E., Perkins T.//J. Urol.- 1994. Vol. 151, No. 4. — P. 847-851.
14. Kawashima A., Sandler C.M., Goldman. S.M.// BJU International. — 2000. — Vol. 86, Suppl. 1. — P. 70-79.
17. Siegel J.F., Smith A., Moldwin R.//J. Urol. — 1996. — Vol. 155, No. 1. — P. 52-59.

Поступила в редакцию 29.05.04.

COMPARATIVE EFFICIENCY OF VARIOUS TREATMENT MODALITIES FOR RENAL ABSCESSSES

V. V. Grekhnev, B.A. Sotnichenko, V.M. Nagorny, V. V. Mazalov, A.G. Filippov
Vladivostok State Medical University, Municipal Clinical Hospital No. 2 (Vladivostok)

Summary — From 1994 to 2003 52 patients with renal abscesses were treated and followed. This article covers etiological, diagnostic and treatment issues of confined pyodestructive kidney diseases. The comparative characteristics of minimally invasive (percutaneous paracental drainage) vs traditional surgical approaches is presented. Practical recommendations for treatment of renal abscesses are listed. Authors concluded that the best approach for treatment of confined pyodestructive kidney lesions could be considered the percutaneous paracental drainage. This technique could be preferred due to its minimal invasiveness, low mortality rates and cosmetic advantages. Complication rate is minimal. Surgical and moral damage to patients is low that allows application of this technique in sever patient where traditional invasive techniques carry a high risk.

Pacific Medical Journal, 2004, No. 2, p. 65-69.

УДК616.97+[616.6+618.1]-022.7:579.88-036.22(571.63)

Я.А. Юцковская

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ УРОГЕНИТАЛЬНОЙ УРЕАПЛАЗМЕННОЙ ИНФЕКЦИИ В ПРИМОРЬЕ

Владивостокский государственный медицинский университет

Ключевые слова: уrogenитальный уреapлазмоз, Приморье, эпидемиология.

К настоящему времени насчитывается более 20 инфекционных агентов, передаваемых половым путем [5]. Однако обычно регистрируемые венерические инфекции составляют лишь малую часть от истинных показателей заболеваемости инфекционными урогенитальными болезнями. В последние годы появление инфекций «нового поколения» как бы отодвинуло «классические» венерические инфекции на второй план [1, 5, 7, 10, 12]. Примером могут служить получившие эпидемиологическую значимость герпетическая, цитомегаловирусная и микоплазменная инфекции, хламидиоз, токсоплазмоз, кандидоз и др. [11].

В литературе статистически достоверных данных о распространенности уреapлазменной инфекции урогенитального тракта среди населения разных стран, в том числе и России, очень мало. В то же время многими авторами отмечено, что в нашей стране рост заболеваемости инфекциями «нового поколения» превосходит таковой «классическими» урогенитальными инфекциями [2, 3]. В доступной литературе есть лишь одна работа, посвященная эпидемиологии бо-

лезней «нового поколения» [3]. В результате исследований, проведенных авторами среди населения Москвы и Московской области, отмечена четко выраженная тенденция роста заболеваемости этими инфекциями и преобладание их над «классическими» венерическими болезнями [4]. Поскольку до настоящего времени в Приморском крае не проводились исследования эпидемиологии урогенитальной уреapлазменной инфекции в зависимости от территориальных, демографических и социальных особенностей, данная работа призвана восполнить этот пробел.

Как видно из данных, представленных в табл. 1, 2, показатели заболеваемости «классическими» урогенитальными инфекциями в России характеризовались стабильностью с некоторой отрицательной динамикой. Заболеваемость сифилисом практически оставалась на одном уровне. Статистически достоверное увеличение показателя зафиксировано в 1996 г. по отношению к 1995, а статистически достоверное снижение — к 1999 г. Заболеваемость гонореей имела тенденцию к снижению, а заболеваемость трихомонозом отличается постоянством. В то же время показатели заболеваемости как инфекциями «нового поколения», так и инфекциями, относимыми к условно-патогенным, год от года возрастала. В группе инфекций «нового поколения» преобладал урогенитальный хламидиоз, в группе условно-патогенных более стабильные показатели заболеваемости были у бактериального вагиноза. Практически в два раза (к 1998 г.) выросла заболеваемость урогенитальным кандидозом.

Такая же тенденция характерна и для показателей заболеваемости в группах урогенитальных инфекций и по Приморскому краю. Исключение составил трихомоноз, заболеваемость которым увеличилась от 166,2 в 1995 г. до 233,3 на 100000 населения в 1999 г.

Таблица 1

Динамика заболеваемости урогенитальными инфекциями в России (на 100000 населения)

Нозология	Заболеваемость по годам				
	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Сифилис	177,0±13,29	264,6±16,24	277,3±16,63	234,8±15,31	186,7±13,65
Гонорея	173,5±13,16	139,0±11,78	114,2±10,68	103,0±10,14	119,8±10,94
Трихомоноз	343,9±18,51	341,5±18,45	328,4±18,09	317,2±17,78	327,3±18,06
Урогенитальный хламидиоз	90,2±9,49	106,1±10,30	116,1±10,77	113,8±10,66	124,8±11,16
Герпес	8,8±2,97	10,8±3,29	14,1±3,75	13,0±3,61	16,3±4,04
Аногенитальные бородавки	20,9±4,57	22,6±4,75	25,0±5,00	25,0±5,002	2±5,0225,6
Уреаплазмоз	56,9±7,54	67,6±8,22	81,9±9,05	95,7±9,78	Нет данных
Бактериальный вагиноз	139,3±11,79	153,0±12,36	183,0±13,52	215,7±14,67	Нет данных
Урогенитальный кандидоз	153,4±12,38	185,0±13,59	213,7±14,60	243,2±15,58	Нет данных

Таблица 2

Динамика заболеваемости урогенитальными инфекциями в Приморском крае (на 100 000 населения)

Нозология	Заболеваемость по годам				
	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.	1999 г.
Сифилис	359,8±18,93	385,6±19,60	378,5±19,42	318,6±17,82	245,2±15,64
Гонорея	124,8±11,16	116,0±10,76	92,6±9,62	87,9±9,37	98,4±9,91
Трихомоноз	166,2±12,88	208,7±14,43	202,3±14,21	205,6±14,32	233,3±15,26
Урогенитальный хламидиоз	48,6±6,97	37,4±6,11	67,8±8,23	82,6±9,08	114,6±10,70
Герпес	5,3±2,30	3,8±1,95	2,6±1,61	5,3±2,30	8,1±2,85
Аногенитальные бородавки	9,6±3,10	7,6±2,76	10,6±3,26	7,9±2,81	15,6±3,95
Уреаплазмоз	46,0±6,78	49,3±7,02	93,8±9,68	134,7±11,60	180,7±13,43
Бактериальный вагиноз	105,0±10,24	237,7±15,40	298,0±17,24	260,5±16,12	Нет данных
Урогенитальный кандидоз	73,9±8,59	154,6±12,42	147,6±12,14	125,1±11,18	Нет данных

(статистически достоверно только в 1996 г. по отношению к 1995 г. и практически всегда статистически достоверно по отношению к другим урогенитальным инфекциям). В группе инфекций «нового поколения» зарегистрирован тот же лидер — урогенитальный хламидиоз. Заболеваемость же урогенитальным уреаплазмозом в Приморье выросла в несколько раз и так же статистически достоверно отличалась от динамики других урогенитальных инфекций. Показатель заболеваемости бактериальным вагинозом увеличился более чем в 2 раза. Заболеваемость урогенитальным кандидозом на территории Приморья также имела положительную динамику. В результате можно отметить, что увеличение заболеваемости наиболее характерно для группы условно-патогенных инфекций и в меньшей степени для инфекций «нового поколения», в то время как разница показателей заболеваемости «классическими» урогенитальными инфекциями была в основном статистически недостоверной.

Кроме регистрации динамики заболеваемости информативен показатель удельного веса. Так, по этому показателю среди «классических» венерических болезней по России в целом первое место с 1995 по 1999 г. твердо занимал трихомоноз, на втором месте стоял сифилис, на третьем — гонорея. В Приморье лидировал сифилис, трихомоноз оказался на втором месте, и третье место заняла гонококковая инфекция. В группе инфекций «нового поколения» с 1995 по 1999 г. по России в целом преобладал урогенитальный хламидиоз, второе место принадлежало аногенитальным бородавкам, третье — генитальному герпесу. Это

полностью совпало с данными по Приморскому краю. В группе заболеваний, вызванных условно-патогенными возбудителями, первое место в стране занял урогенитальный кандидоз, а бактериальный вагиноз оказался вторым. В Приморье на первом месте находился бактериальный вагиноз, а на втором — урогенитальный кандидоз. Третье место, как по России в целом, так и по Приморскому краю, принадлежало урогенитальному уреаплазмозу.

Если рассматривать заболеваемость с учетом всех нозологических форм, то первое место и в России, и в Приморье «поделили» сифилис и трихомоноз, последнее место принадлежало генитальному герпесу. Удельный вес бактериального вагиноза в Приморском крае был значительно выше (2 место), чем в России (4 место). Урогенитальный хламидиоз по России занимал 5-6, а в Приморье — 6-7 место. Что касается урогенитального уреаплазмоза, то по стране он оказался на 7 месте, а по Приморью с каждым годом «усиливал свои позиции» (от 7 в 1995 до 4 места в 1998 г.).

Статистические данные Благовещенска и Санкт-Петербурга расширяют представление о заболеваемости урогенитальным уреаплазмозом с учетом территориальных особенностей. В Благовещенске отмечался ежегодный рост заболеваемости этой инфекцией — от 33,6 в 1997 г. до 86,4 на 100000 населения в 1999 г. 8 то же время заболеваемость урогенитальным уреаплазмозом в Санкт-Петербурге, который близок по демографическим аспектам к Владивостоку, ежегодно увеличивалась (рис. 1). Таким образом, анализ данных по Российской Федерации и сравнение показателей

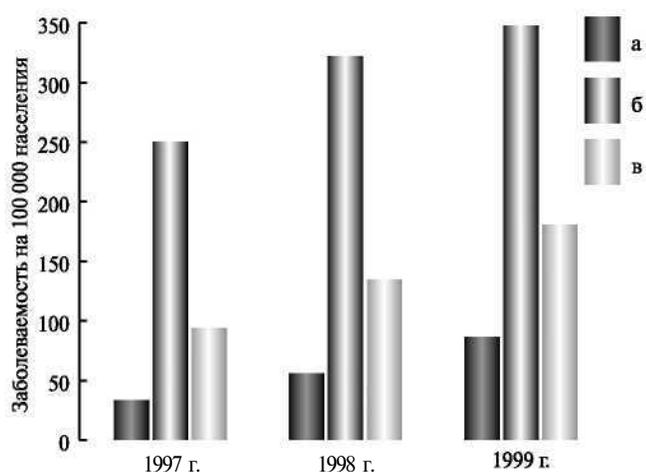


Рис. 1. Заболеваемость урогенитальным уреоплазмозом в Благовещенске (а), С.-Петербурге (б) и Владивостоке (в).

по урогенитальному уреоплазмозу в регионах выявили общую тенденцию роста заболеваемости данной инфекцией среди населения страны.

Сегодня не вызывает сомнения, что урогенитальные инфекции являются социально-детерминированной проблемой. Поэтому эпидемиологический мониторинг должен осуществляться по национальному и территориальному принципам [14]. Анализ заболеваемости урогенитальным уреоплазмозом в городах Приморского края еще раз подтвердил тот факт, что официальные статистические данные для этого региона не отражают действительной картины.

В крупных районных центрах Приморья (Дальнереченск, Лесозаводск, Уссурийск) данные о заболеваемости урогенитальным уреоплазмозом практически отсутствуют. В Партизанске лабораторная база районного КВД оснащена лучше, и это отразилось на регистрации заболеваемости. Если в 1995 г. здесь было зарегистрировано только $30 \pm 5,48$ случаев уреоплазмоза на 100000 населения, то в 1998 г. — уже $281 \pm 16,74$ (табл. 3).

Такая же картина характерна и для районов Приморского края. По данным 1998 г., лидировали Тернейский и Пожарский районы со стабильно высокими показателями заболеваемости. Были велики показатели заболеваемости урогенитальным уреоплазмозом в Ольгинском и Красноармейском районах, также географически удаленных от краевого центра. В то же время самые незначительные показатели отмечены в Дальнереченском районе, имеющем хорошую транспортную связь с Владивостоком (рис. 2).

Таким образом, не столько географическая труднодоступность некоторых районов края, но в большей степени недостаточная их обеспеченность медицинским персоналом и не отвечающая современным стандартам лабораторная оснащенность лечебно-профилактических учреждений опреде-

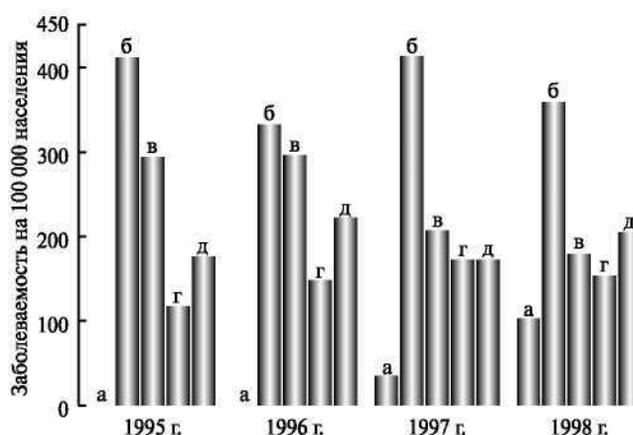


Рис. 2. Заболеваемость урогенитальным уреоплазмозом в Дальнереченском (а), Тернейском (б), Красноармейском (в), Ольгинском (г) и Пожарском (д) районах Приморья.

ляет неоднородность показателей заболеваемости урогенитальным уреоплазмозом. Возможно, такие показатели можно объяснить неоднозначным отношением к уреоплазменной инфекции врачей практического здравоохранения и отсутствием коллегиального подхода к вопросам лабораторной диагностики и последующей терапии обсуждаемой инфекции врачей смежных специальностей. В то же время активная миграция населения, большое количество временно проживающих граждан сопредельных государств в значительной мере определяют особенности распространения урогенитальной инфекции в Приморском крае.

Географические условия в районах проживания народностей Дальнего Востока, с точки зрения европейца, экстремальны, и это определяет интерес к заболеваемости урогенитальными инфекциями коренного населения. Природные условия в районах проживания малых народностей препятствуют развитию социальной инфраструктуры. Северные районы Дальнего Востока остаются слабоосвоенным и малозаселенным регионом. Низкая доступность специализированной медицинской помощи, связанная со значительным удалением большинства населенных пунктов от районных больниц, крайне затрудняют организацию лечебно-профилактического обслуживания [6, 8, 13].

Таблица 3
Заболеваемость урогенитальным уреоплазмозом в городах Приморского края (на 100 000 населения)

Город	Заболеваемость по годам			
	1995 г.	1996 г.	1997 г.	1998 г.
Владивосток	1601±39,69	1612±39,83	2740±51,62	2563±49,97
Арсеньев	1±1,00	Нет данных	4±2,00	104±10,19
Артем	Нет данных	Нет данных	42±6,48	66±8,12
Дальнереченск	Нет данных	Нет данных	Нет данных	4±2,00
Находка	Нет данных	Нет данных	25±5,00	132±11,48
Партизанск	30±5,48	97±9,84	188±13,70	281±16,74
Уссурийск	Нет данных	2±1,41	1±1,00	6±2,45
Лесозаводск	Нет данных	Нет данных	1±1,00	Нет данных

Таблица 4
Выявляемость урогенитальных инфекций у жителей
пос. Красный Яр Приморского края

Заболевание	Выявлено, абс.	Удельный вес, %
Сифилис	18	12,86±2,83
Гонорея	0	0
Трихомоноз	30	21,43±3,47
Уреаплазменный хламидиоз	5	3,57±1,57
Аногенитальные бородавки	0	0
Генитальный герпес	20	14,29±2,96
Уреаплазменный уреаплазмоз	0	0
Урогенитальный кандидоз	30	21,43±3,47
Бактериальный вагиноз	40	28,57±3,82

В то же время перечисленные особенности определяют эпидемиологическую уникальность популяции этих районов. Из 30 населенных пунктов, где проживают аборигены Приморья, только три представляют собой наиболее отдаленные и географически изолированные поселения — Красный Яр, Агзу и Михайловка. Здесь коренные жители в некоторой степени сохранили бытовой уклад и культурные традиции предков. По-прежнему встречаются такие социально-демографические явления, как полигамия, неравноправие женщин в семье, ранние браки, генетическая замкнутость отдельных групп, редкость межнациональных браков [9].

Основными районами проживания аборигенов Приморья, достигающими, по данным переписи 1995 г., 1836 человек, являются Пожарский, Красноармейский, Тернейский и Ольгинский. Поселок Красный Яр Пожарского района, по данным экспедиции 1995 г., в настоящее время самый многочисленный по количеству проживающего там удэгейско-нанайского населения (506 человек). Общее количество лиц мужского пола составляет 313, женского — 288 человек [6]. Во время проведенной в 2000 г. экспедиции было обследовано 140 человек — 80 женщин и 60 мужчин в возрасте от 15 до 45 лет (табл. 4). «Классические» венерические инфекции были представлены двумя нозологическими формами — трихомонозом и сифилисом. На момент обследования гонореи выявлено не было. Инфекции «нового поколения» представлены только генитальным герпесом и хламидиозом. Урогенитальные инфекции, отнесенные к вызываемым условно-патогенными возбудителями (бактериальный вагиноз и урогенитальный кандидоз), достоверно зарегистрированы в большинстве случаев. Обращало на себя внимание отсутствие в данной замкнутой популяции урогенитального уреоплазмоза. Это говорит в пользу того, что отнесение уреоплазм к условно-патогенным возбудителям может вызывать сомнения. В связи с этим

возникает необходимость в дальнейшей разработке проблемы условно-патогенных возбудителей урогенитальных заболеваний и ведении официальной медицинской статистики.

Литература

1. Аковбян В.А. // *Consilium medicum*. — 2000. — № 4. — С. 159-161.
2. Андреева Н.Ю. *Эпидемиология и социально-поведенческие особенности распространения урогенитальных инфекций в Москве: Автореф. дис... канд. мед. наук.* - М., 1999.
3. Брико Н.И., Иваненко И.П., Громыко А.И., Тихонова Л.И. // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 1999. - №1. - С. 4-6.
4. Гришина А.Л., Брико Н.И., Бражников А.Ю. и др. // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 2001. — №3. - С. 6-11.
5. Кусина В.И. // *Consilium medicum*. — 2001. — № 7. — С. 307-310.
6. Косолапов А.Б. // *Здоровье населения Дальнего Востока*. — Владивосток, 1996. — С. 315.
7. Кулагин В.И., Пономарев Б.А. // *Вестник дерматологии и венерологии*. — 2001. — № 2. — С. 24-26.
8. Мотавкина Н.С., Косолапов А.Б., Диго Р.Н., Авеличев О.Н. *Здоровье народностей Дальнего Востока. Медико-географические аспекты*. — Владивосток, 1987.
9. Подмаскин В.В. *Духовная культура удэгейцев*. — Владивосток, 1991.
10. Покровский В.И., Черкасский Б.Л. // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. — 1999. — № 2. — С. 12-16.
11. Прилепская В.Н., Абуд И.Ю. // *Русский медицинский журнал*. - 1998. - № 5. - С. 295-300.
12. Скрипкин Ю. К., Аковбян В.А. // *Российский медицинский журнал*. — 1997. — № 6. — С. 10-13.
13. Сулейманов С.Ш., Дьяченко В.Г., Кольцов И.П. // *Здоровье населения Дальнего Востока: Региональная ассамблея*. — Владивосток, 1996. — С. 14-15.
14. Черепов В.М. // *Здравоохранение Российской Федерации*. - 1999. - №2. - С. 3-6.

Поступила в редакцию 19.11.02.

EPIDEMIOLOGICAL FEATURES OF UROGENITAL UREAPLASMIC INFECTION IN PRIMORYE

Ya.A. Yutkovskaya

Vladivostok State Medical University

Summary — During the last years the appearance of the infections of "new" generation as though has moved "classic" venereal infections to the background. This paper defines the character of the morbidity of the urogenital ureaplastic infection as compared with the data throughout Russia as a whole and concerning other regions depending on the territorial, demographic, and social features. Some decrease in the level of the sickness rate of urogenital infections especially as to "new" generation infections, which is officially recorded, is determined by their low active detectability, bad differential diagnostics, frequent absence of examination or underexamination, vast opportunities for anonymous treatment, increase in number of illegal treatment and self-treatment, accessibility of etiotropic drugs.