

**Тбилисский государственный медицинский университет**

*На правах рукописи*

**Нана Чхиквишвили**

**Эпидемиологические и социально-личностные характеристики  
лиц с инфекциями, передаваемыми половым путем**

14.00.11 – кожные и венерические болезни

**А в т о р е ф е р а т**

диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук

**Тбилиси  
2006**

**Работа выполнена в АО кожно-венерологическом НИИ**

Научный руководитель - **Кацитадзе Александр**  
доктор медицинских наук, профессор

Официальные оппоненты: - **Мchedlishvili Ираклий**  
доктор медицинских наук, профессор

- **Самаргулиани Светлана**  
кандидат медицинских наук

Защита диссертации состоится \_\_\_\_\_ час. «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2006 года на заседании диссертационного совета m 14.07 N4 Тбилисского государственного медицинского университета (0177, г. Тбилиси. Пр. Важа-Пшавела №33)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Тбилисского государственного медицинского университета (0160, г. Тбилиси. Пр. Важа-Пшавела №29)

Автореферат разослан «\_\_\_\_\_» \_\_\_\_\_ 2006 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,  
Кандидат медицинских наук

**Д. Геловани**

## В в е д е н и е

**Актуальность темы.** Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), представляют одну из важнейших медицинских и социальных проблем, обусловленных не только их широким распространением, а также их осложнениями в виде воспалительных процессов мочеполовой системы и органов малого таза; такими тяжелыми осложнениями, как патологическая беременность и роды, патологии новорожденных, женское и мужское бесплодие. В последнее время инфекции, передаваемые половым путем, считаются факторами, которые способствуют развитию онкологических заболеваний. Заболеваемость ИППП повышает риск заболевания ВИЧ инфекцией. Вышесказанное оказывает негативное влияние на демографическое состояние населения (Кубанова А.А., Millstein G., 1999, Мавров И.И., 2002; Хандсфилд Х., 2004).

Причины широкого распространения инфекции, передаваемых половым путем, давно привлекают внимание специалистов. За последние годы в зарубежных странах много научных исследований посвящено данному вопросу. Ниже перечислены важные факторы, определяющие заболеваемость ИППП: урбанизация, изменение социальных и психологических условий жизни, миграция населения (Baker S.A., Monsou D.M., 2000; Wellings K., Nanchahal K. et al. 2001; Рубинс А., Рубинс С., 2004).

На фоне всеобщего роста заболеваемости ИППП данная проблема приобретает особенную остроту в Грузии. Социальная и экономическая нестабильность в стране в последнее десятилетие, низкий уровень жизни предопределили развитие ряда отрицательных тенденций в обществе (особенно среди молодежи): раннее начало половой жизни, ослабление семейных и брачных отношений, рост числа сексуальных преступлений, низкая репродуктивная культура. Следовательно, ИППП являются результатом сексуального поведения, определенного воздействием микросоциальной среды; данное поведение связано с такими факторами риска как раннее начало половой жизни, наркомания и злоупотребления алкоголем, девиантное и деликвентное поведение, отсутствие информации по безопасному сексу и т.д.

В результате взаимодействия всех перечисленных факторов риска создается знакомый эффект их взаимоусиления, способствующий «эпидемическим вспышкам» ИППП. Формируются постоянные эпидемиологические каналы распространения ИППП, особенно в группах риска. Несформировавшаяся система сексуального образования населения, несогласованность по данному вопросу в значительной степени задерживает сексуальное воспитание молодежи; следовательно, она становится группой риска номер один в распространении ИППП.

В прошедшие годы в Грузии не проводилась регистрация лиц, повторно болеющих ИППП и являющихся, по сути, группой риска. Ситуация оставалась неизменной до 2000 года. Рост заболеваемости ИППП в последующие годы определило заинтересованность специалистов распространением инфекций в пациентах данной категории, хотя научный анализ вопроса не проводился. Из-за создавшегося положения изучение распространения ИППП и контроль над ними, анализ социальных и психологических характеристик в конкретных группах населения, особенно среди повторно болеющих, становится приоритетной задачей национального характера.

**Цель и задачи исследования.** Цель исследования: анализ эпидемиологических, социальных и личностных характеристик больных ИППП в Грузии за 2000-2005 годы.

Для достижения этой цели было предложено решение следующих конкретных задач:

1. Изучение интенсивных показателей заболеваемости сифилисом, гонореей, трихомониазом и хламидиозом в Грузии за 2000-2005 годы на 100000 населения по половым и возрастным группам.
2. Выявление социальных и психологических особенностей среди первично и повторно болеющих ИППП, в сравнении с контрольной группой.

3. Выявление особенностей сексуального поведения среди повторно болеющих ИППП, в сравнении первично заболевшими ИППП.

4. Выявление основных закономерностей формирования стереотипов сексуального поведения, предопределяющих повторное заболевание ИППП.

5. Разработка комплекса медицинских, социальных и профилактических мер, направленных на предотвращение ИППП.

**Научная новизна работы.** Впервые за последние 5 лет:

- проведено комплексное исследование по оценке эпидемиологической ситуации с заболеваемостью сифилисом, гонореей, трихомониазом и хламидиозом.

- Изучены эпидемиологические, личностные и социально-психологические особенности больных ИППП.

- Изучены предопределяющие факторы стереотипов сексуального поведения повторно болеющих ИППП.

- разработаны предложения по профилактике повторной заболеваемости ИППП для внедрения в практику здравоохранения Грузии.

**Практическая значимость работы.** В результате проведенного исследования была рационализирована существующая схема регистрации заболеваемости сифилисом, гонореей, трихомониазом и хламидиозом;

Была разработана программа для создания специализированного лечебно-профилактического центра для молодежи и подростков с соответствующей образовательной структурой и «телефоном доверия».

**Внедрение результатов и исследования в практику.** Результаты труда внедрены в АО кожно-венерологическом НИИ болезней Грузии; основные положения диссертации внесены в лекционный курс Кафедры кожных и венерологических заболеваний Тбилисского государственного медицинского университета и государственной медицинской академии.

**Апробация работы.** Доклад об основных положениях труда был сделан на XVIII и XIX Международных научно-практических конференциях медицинских работников «Клиническая и экспериментальная медицина» (Кобулет 23-30.07.2005; Бакуриани, 4-11.03.2006), на Тбилисской II и III научно-практических конференциях научно-профессионального общества дермато-венерологов, на I Грузинской международной научно-практической конференции (Тбилиси 11.03.2005), на I Азербайджанской международной научно-практической конференции (Баку, 3.11.2005). Диссертация была апробирована на расширенном заседании научного совета АО кожно-венерологическом НИИ (05.05.2006г. протокол №7).

**Публикации.** На тему диссертации опубликованы 7 трудов, в том числе – 3 в рецензируемых журналах.

**Объем и структура диссертации.** Работа изложена на 136 страницах компьютерного текста и состоит из введения, обзора литературы, 3 глав содержащих результаты, собственных исследований, обсуждения полученных результатов, выводов и практических рекомендаций. Диссертация содержит 27 таблиц и 27 рисунков. Перечень использованной литературы включает 177 источников отечественной и зарубежной литературы.

**Материалы и методы исследования.** Проведен ретроспективный анализ случаев инфекции, передаваемых половым путем, зарегистрированных в дермато-венерологических учреждениях Грузии и отраженных в статистических формах №089-1/2 в 2000-2005 гг., а также статистических данных, приведенных в ежемесячных формах №IV-06 «Отчет о болезнях, передаваемых половым путем, грибковых заболеваниях кожи и чесотке» Национального центра контроля заболеваний и медицинской статистики Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии.

Абсолютные и интенсивные показатели заболеваемости сифилисом, гонореей, трихомониазом и хламидиозом пересчитаны не только для всего населения Грузии, а

также по возрастным (0-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40 лет и выше) и половым группам (лица мужского и женского пола каждого возраста).

В АО кожно-венерологическом НИ институте обработано 260 медицинских карт амбулаторных больных за 2000-2005 гг. Для определения частоты, структуры и динамики заболеваемости ИППП наблюдение проводилось по следующим показателям: пол, место жительства, образование, занятость в социальной сфере во время заболевания, полный окончательный диагноз, число половых контактов, возраст начала половой жизни, повторное заболевание ИППП, другие социально-эпидемиологические показатели.

Изучение сексуального поведения и влияющих на него факторов, проводилось по разработанной нами анонимной анкете. Анкета состояла из 56 вопросов, сгруппированных в блоки по следующим разделам: 1. Социально-демографические характеристики обследуемого; 2. Характеристика родительской семьи; 3. Круг общения и свободное время; 4. Употребление алкоголя и наркотиков; 5. Сексуальное поведение; 6. Ценностные ориентации в сексуальной и семейной сфере; 7. Информированность о ИППП и контрацепции.

Анонимное анкетирование провели 53 первично заболевшим (первая группа), 53 повторно болеющим (вторая группа) и 52 здоровых лиц (контрольная группа). На вопросы анкеты пациенты первой и второй группы отвечали при лечении в Научно-исследовательском институте кожных и венерологических заболеваний.

Индивидуальные психологические особенности опрошенных, их способность адаптироваться к окружающей среде и влияние этих характеристик на стиль поведения, включая сексуальное, изучали посредством четырех оригинальных психологических тестов:

1. Метод Айзенка. В данном исследовании выделяется два основных параметра: экстраверсия-интроверсия и нейротизм-стабильность. Экстраверсия-интроверсия тесно связана с корковой активацией (согласно ЭЭГ). Активация используется для выражения степени возбуждения. При исследовании параметра экстраверсии-интроверсии, показатель выше 12 баллов указывает на экстраверсию, ниже 12 баллов - интроверсию. Согласно стабильности-нейротизму существующие индивидуальные различия отражают силу реакции автономной нервной системы на стимул. Соответствие уровня нейротизма 12 баллам, указывает на эмоциональную стабильность, а с выше 12 баллов – усиленный нейротизм.

2. Тест-шкала самооценки Дембо-Рубинштейна. Данная методика исследует отношение личности к собственной персоне и чувство адекватности оценки. Соответственно, во время составления шкалы нужно принять во внимание эффективные, когнитивные и поведенческие компоненты. В нашем случае такими компонентами выбрали: счастье, здоровье, ум, красоту, успех и сексуальность.

3. Метод диагностики степени готовности (наклонности) к риску Шуберта. Классический пример состоит из 25 вопросов. В нашем случае использовался адаптированный метод из 20 вопросов. Очки считали от 1 до 4. Готовность (наклонности) к риску придается особое значение в условиях соблюдения мер предосторожности, когда дело касается изучения навыков предотвращения венерических заболеваний и отношений к ним.

4. Метод определения ориентации ценностей Ш. Шварца. Эта шкала личностного профиля, состоящая из 30 высказываний-определений. Респондента просили оценить насколько каждое определение соответствует ему/ей. Оценка производилась от 1 до 6 баллов: 1 означал «совсем не похож/а», 6 – «очень похож/а».

На основе ценностей, выделенных Шварцем возможно охарактеризовать личность, как представителя той или иной нации, а также прогнозирование его поведения. Нами изучено 10 ценностей: самонаведение, стимуляция, конформизм, традиционализм, безопасность, универсальность, благожелательность (великодушные), достижение, власть, гедонизм.

Для диагностики сифилиса применялись серологические реакции, методы RPR и ТРНА.

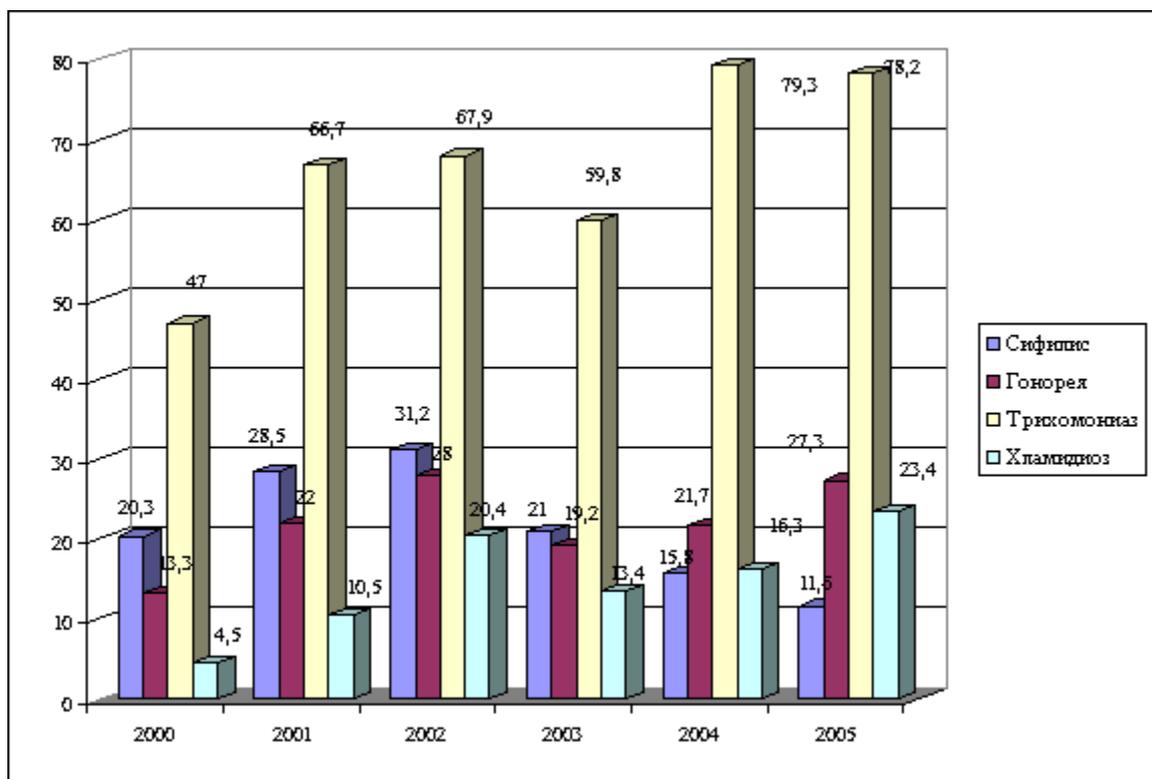
Для лабораторной диагностики гонореи и трихомониаза применяли два способа бактериального метода: окрашивание мазка 1%-м водным раствором метиленовой сини и окрашивание по Граму; при необходимости применяли культуральное исследование.

Для лабораторной диагностики хламидиоза применялась люминесцентная микроскопия, прямой иммунофлюоресцентный метод, мазка с применением моноклональных антител диагностическим набором «ХЛАМИСКАН-II» Российского производства.

Статистическая обработка была произведена по статистической программе SPSS. Разница считалась достоверной, если  $p < 0.05$  (доверительная вероятность 0.95).

**Результаты собственного исследования и их обсуждение.** Мы провели ретроспективный эпидемиологический анализ процесса эпидемии ИППП – сифилиса, гонореи, трихомониаза и хламидиоза в Грузии за 2000-2005 гг. При этом применяли ежемесячные формы №IV-06 «Отчет о болезнях, передаваемых половым путем, грибковых заболеваниях кожи и чесотке» Национального центра контроля заболеваний и медицинской статистики Министерства труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии, утвержденные Министерством труда, здравоохранения и социальной защиты Грузии приказом №108/0 от 09.06.2000.

Оценка динамики абсолютных, интенсивных и процентных показателей заболеваемости ИППП в Грузии за 2000-2005 гг. показала, что общий инфекционный фон достаточно уравновешен сравнительно низкими показателями сифилиса и высокими показателями трихомониаза (Рис. №1).



**рис. №1.** Показатели динамики заболеваемости ИППП в Грузии в 2000-2005 гг. (интенсивные показатели на 100000 населения).

Самая проблемная инфекция в стране – трихомониаз с высоким показателем заболеваемости, составившей в 2000 г. 47 случая на 100000 населения; в 2005 г. – 78,2

случая. В общей структуре ИППП за эти годы заболеваемость трихомониазом колебалась от 55% до 56%. Проблемой также является хламидиоз с ежегодным ростом регистрируемых случаев, что в 2000 году составило 4,5 случая (5%), а в 2005 г. – 23,4 случая (17%). Что касается гонореи, в 2000 г. – 13,3 (16%) случая на 100 тысяч населения, в 2005 г. – 27,3 (19%).

Анализ состояния и динамики заболеваемости населения сифилисом в Грузии в 2000-2005 гг. выявил рост регистрируемого числа больных сифилисом до 2003 года, а с 2003 г – снижение. В 2000 г. отмечалось 20,3 случая, в 2002 – 31,2, в 2005 г. – 11,6 случая на 100 000 населения.

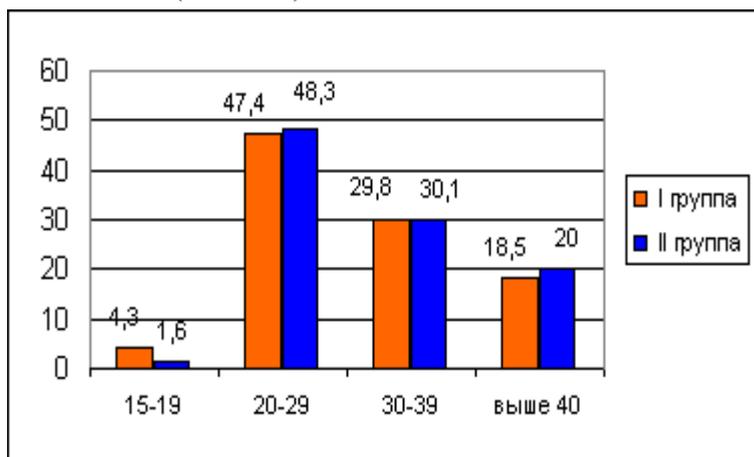
Анализ заболеваемости сифилисом населения Грузии выявил, что число зарегистрированных больных сифилисом мужского пола в стране в период исследования (56,88%) превышало число больных женского пола (43,12%). При этом число больных сифилисом мужского пола в возрасте 0-14 лет составило 0,50%, женщины – 0,32%; в 15-19 лет мужчины - 6,29%, женщины – 2,56%; в 20-29 лет мужчины - 22,50%, женщины – 16,63%; в 30-39 лет мужчины - 16,47%, женщины – 15,54%; выше 40 лет мужчины - 11,12%, женщины - 8,07%.

Анализ заболеваемости гонореей в Грузии в 2000-2005 гг. по полу и возрасту выявил, что в стране зарегистрированы 79,89% мужчин и 20,11% женщин. При этом число больных гонореей мужского пола в возрасте 0-14 лет в стране составило 0,42%, женского пола - 2,11%; в 15-19 лет мужчины - 15,9%, женщины – 3,65%; в 20-29 лет мужчины - 43,43%, женщины – 9,7%; в 30-39 лет мужчины - 15,54%, женщины – 3,6%; выше 40 лет мужчины - 4,6%, женщины - 1,05%. Анализ выявил, что только в возрастной группе 0-14 лет число больных женщин превосходило число больных мужчин.

Анализ заболеваемости трихомониазом в Грузии в 2000-2005 гг. по полу и возрасту выявил, что в общей структуре заболеваемости трихомонадной инфекцией заболеваемость женщин (63,78%) значительно превосходит заболеваемость мужчин (36,22%). При этом число больных трихомониазом мужского пола в возрасте 0-14 лет в стране составило 0,42%, женского пола - 0,85%; в 15-19 лет мужчины - 4,33%, женщины – 10,95%; в 20-29 лет мужчины - 19,31%, женщины – 31,4%; в 30-39 лет мужчины - 9,04%, женщины – 16,21%; выше 40 лет мужчины - 3,12%, женщины - 4,37%.

Анализ заболеваемости хламидиозом в Грузии в 2000-2005 гг. по полу и возрасту выявил, что в общей структуре заболеваемости хламидийной инфекцией заболеваемость мужчин (53,74%) незначительно превосходит заболеваемость женщин (46,26%). При этом число больных хламидиозом мужского пола в возрасте 0-14 лет в стране составило 0,02%, женского пола - 0,19%; в 15-19 лет мужчины - 8,79%, женщины – 5,72%; в 20-29 лет мужчины - 25,1%, женщины – 25,63%; в 30-39 лет мужчины - 14,54%, женщины – 11,38%; выше 40 лет мужчины - 5,29%, женщины - 3,34%. Только в возрасте 20-29 лет число больных женщин превосходит число больных мужчин.

Эпидемиологические характеристики впервые и повторно заболевших ИППП нами были изучены в 53 больных впервые заболевших ИППП (I группа) и 53 больных повторно заболевших ИППП (II группа). В обеих группах было 54 мужчин и 104 женщин. Возраст колебался от 17 до 54 лет (Рис. №2).



**рис. №2.** Распределение больных по возрастным группам (в %).

Самой многочисленной была возрастная группа 20-29 лет - 48,3% (вторая группа), и 47,4% (первая группа). Затем возрастная группа 30-39 лет - 30,1% и 29,8%; 40 лет и выше - 20,0% и 18,5%; возрастная группа 15-19 лет 1,6% и 4,3%. Таким образом, изученные группы были аналогичны по полу и возрасту: возрастная структура I группы приближалась к II группе.

Сравнение первичных больных ИППП (таблица 1) выявило сходные показатели числа диагностированных больных: хламидиозом - 31 (58,49)%, среди них 16 - мужчин (64%) и 15 - женщин (53,57%). Заболеваемость сифилисом – 3 (5,66%), среди них 1 - мужчина (4%) и 2 женщины (7,14%). Заболеваемость гонореей – 6 (11,32 %), среди них 4 - мужчины (16%) и 2 женщины (7,14%). Заболеваемость трихомониазом – 13 (24,53%), среди них 4 - мужчины (16%) и 9 женщин (32,15%).

**Таблица №1**

**Распределение первичных больных по форме инфекции  
(I группа)**

Инфекции	Мужчины		Женщины		Мужчины и женщины	
	Число больных	(%)	Число больных	(%)	Все больные	Все больные (%)
Сифилис	1	4	2	7,14	3	5,66
Гонорея	4	16	2	7,14	6	11,32
Трихомониаз	4	16	9	32,15	13	24,53
Хламидиоз	16	64	15	53,57	31	58,49
Всего	<b>25</b>	100	28	100	53	100

У повторно болеющих ИППП был диагностирован хламидиоз 30 (57,41%), среди них мужчин – 15 (60% в общем кол-ве больных мужчин) и женщин - 15 (53,58% в общем кол-ве больных женщин), трихомониаз был диагностирован у 12(22,22%) больных, среди них мужчин - 3(11,54%) и женщин - 9 (32,14%), Сифилис диагностирован у 3(5,56%) больных, среди них мужчин - 2(8%) и женщин - 1 (3,57%), Гонорея у 8 больных (14,81%), среди них мужчин - 5 (20%) и женщин - 3(10,71%). (таблица №2).

**Таблица №2**

**Распределение повторно заболевших по форме инфекции  
(II группа)**

Инфекции	Мужчины		Женщины		Мужчины и женщины	
	Число больных	(%)	Число больных	(%)	Все больные	Все больные (%)
Сифилис	2	8	1	3,57	3	5,56
Гонорея	5	20	3	10,71	8	14,81
Трихомониаз	3	12	9	32,14	12	22,22

Хламидиоз	15	60	15	53,58	30	57,41
Всего	<b>25</b>	100	28	100	53	100

Среди повторно заболевших трихомониазом 7 больных в прошлом болели трихомониазом, 2 – хламидиозом, 1 – гонореей; двое больных перенесли смешанную форму инфекции (1 – трихомониаз + гонорея, 1 – трихомониаз + сифилис).

Среди повторно заболевших хламидиозом 11 больных в прошлом болели хламидиозом, 10 больных отметили перенесенную гонорейную инфекцию, 6 – трихомониаз трихомониазом, 2 – сифилисом; один больной перенес смешанную форму инфекции (хламидиоз + уреаплазмоз).

Среди повторно заболевших сифилисом 1 больной в прошлом перенес сифилис, в анамнезе у 1 больного фигурировала перенесенная гонорейная инфекция, а у 1 – трихомониаз.

У 3 больных в прошлом была гонорея, у 2 трихомониаз, у 2 – хламидиоз, у 1 – сифилис.

Все больные были обследованы психологом. Данная практика в обследовании больных ИППП (в частности повторных больных) в Грузии была применена впервые. Пациентам, требующим психологическую и физическую реабилитацию, провели полный восстановительный курс.

Изучение социальных факторов и других причин, способствующих распространению ИППП среди населения показало, что большинство респондентов владеют информацией о венерических болезнях. Хотя между ними все же отмечались незначительные различия. Представители второй группы оценили себя по данному вопросу, как информированными хуже всех (9,1%). Следовательно, недостаточная информированность можно считать одним из факторов риска с точки зрения распространения венерических заболеваний.

Источником информации о ИППП, большинство респондентов назвали: медицинских работников (31,53%), друзей (24,87%), средство массовой информации (СМИ) (24,63%). Меньшинство назвали семью (8,23%) и учителей (7,2%). В этом случае игнорирована роль учителя как направляющего менталитет и мировоззрения молодежи.

Представители всех групп довольно точно ответили на вопросы о признаках БППП с клинической точки зрения. Они также правильно назвали адресата, к которому следует обратиться за помощью при подозреваемых признаках ИППП – венеролог (59,83%).

Факторы, усиливающие риск передачи ИППП, были названы примерно по одинаковой последовательности: проституция: I группа – 39,1%, II - группа 41,6%, III группа – 36,1%; наркомания: I группа – 18,4%, II - группа 18,6%, III группа – 21%. Хотя нужно отметить, что представители II группы одним из ведущих факторов риска назвали низкий образовательный уровень (16,8%) .

87% опрошенных впервые узнали о половых отношениях в возрасте 7-10 лет. При этом получили первую информацию о половой жизни от сверстников: 49,1%-I группы, 42%-II группы, 44,3%-III группы; взрослых друзей – соответственно 24,6%, 20,3% и 24,3% и СМИ – соответственно 15,8%, 14,5% и 20%. Роль родителей, учителей и медицинских работников, как первоисточников информации о половой жизни незначительна.

Половую жизнь раньше всех начали представители II группы; Средний возраст составил 17 лет. Минимальный возраст – 11 лет, максимальный – 24 года. Что касается I и III групп, здесь средний возраст начала половой жизни составил 20 лет.

Для большинства представителей всех групп, первый половой партнер был старше возрастом (примерно 66%) или ровестник (18,7%).

Мотивацией сексуальных дебютов 27,2% отметили половое влечение, 24,1%-любовь, 10,6% - любопытство. Данные мотивы указывают на добровольное начало

половых отношений. Мотив «случайность» (7,47%) указывает на психологическую незрелость опрошенных с точки зрения оценки жизненных ситуаций. 6,1% опрошенных II группы отметили сексуальное насилие, 1,3% I группы – материальную заинтересованность, 1,2% II группы – треккинг.

Данные результаты дают возможность дифференцировать поведенческие паттерны представителей здоровой группы и больных ИППП. Суммирование выше указанных результатов дает возможность выделить поведенческий кластер, характеризующий III группу – это стремление к семейной жизни и желания иметь постоянного партнера, как приоритетность одного из ценностей. Информированность и некоторая осторожность являются вспомогательными факторами в предотвращении ИППП.

Частотой смены половых партнеров резко отличались представители II группы. 37% объясняя это материальной заинтересованностью, увлечением и тем, что партнер скоро надоедал. В основном контингенте I и III групп отмечено наличие постоянного партнера в 58% и 57,5% случаев соответственно. Сами респонденты объясняли этот факт преданностью семье, удовлетворительными и гармоничными отношениями с партнером, любовью.

Исследование частоты использования индивидуальных средств защиты (презерватив) во время полового контакта показало, что 41,77% опрошенных пользуется презервативом постоянно, 40,73% - редко, 17,5% - совсем не использует его.

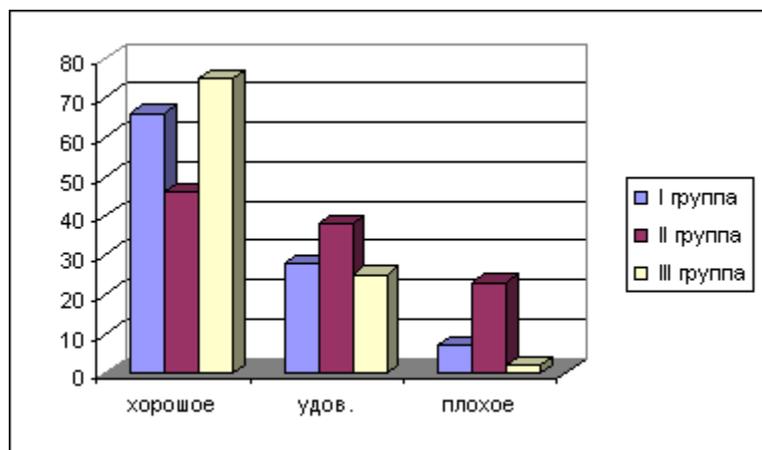
Следовательно, большинство респондентов, зная о риске незащищенного секса, проявляют безответственность к индивидуальным средствам защиты из-за минутного удовольствия.

По виду профессиональной занятости значительная разница отмечалась только в пропорции безработных. В I группе были 35,3% безработных, во II группе – 44,4%, в III – 8%.

Большую часть респондентов составила группа лиц со средним достатком ( в I, II и III 34%, 29,6% и 41,7% соответственно); самую малочисленную группу составили хорошо обеспеченные лица. Следует отметить, что большинство из них были представителями II группы (5,6%).

В полной семье воспитывались: 84,6% из I группы, 75% из II и 87,5% из III группы. В неполной семье воспитывались 11,5% из I группы, 21,2% из II и 12,5% из III группы. В детском доме воспитывались только представители 1,9% из II группы.

Плохие взаимоотношения в семье отмечали респонденты только I (5,7%) и II группы (13,2%) (Рис. №3). Нездоровую обстановку в семье респонденты I и II группы объясняли дурными привычками членов семьи, в частности, потреблением алкоголя и наркотиков.



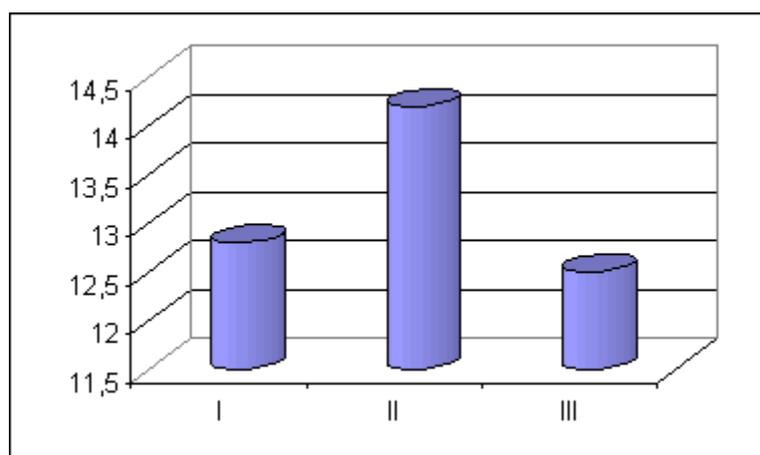
**рис. №3.** Семейные отношения опрошенных по группам

75% и 66,7% представителей членов семьи I и II группы соответственно злоупотребляли алкоголем; 25% и 4,8% соответственно употребляли наркотики. Факты насилия в семье (побои, изнасилование) отметили 28,6% респондентов только во II группе.

Отсутствие взаимопонимания в семье, недостаток духовного общения (особенно в подростках) предопределяло безусловное доминирование «неформальных объединений» школы и двора (26%-17% соответственно). В этих объединениях происходило формирование риск групп ИППП, отмечался психологический феномен «аномии» (отсутствие положительных примеров, конструктивных программ, идеалов жизни).

Большую часть свободного времени представители I и II групп проводили с друзьями, сексуальными партнерами и на улице, где часто злоупотребляют алкоголем и наркотиками. 62,73% из всех респондентов употребляют алкоголь, 13,13% - наркотики.

При изучении индивидуально-психологических особенностей респондентов, по тесту Айзенка, был определен параметр экстраверсии – интроверсии, средний нормативный показатель которого для грузинской популяции равен 13,6. Между группами нет достоверной разницы ( $p > 0,05$ ). В I и III группе слабо выражена экстраверсия, а во II группе показатель выше среднего (14).

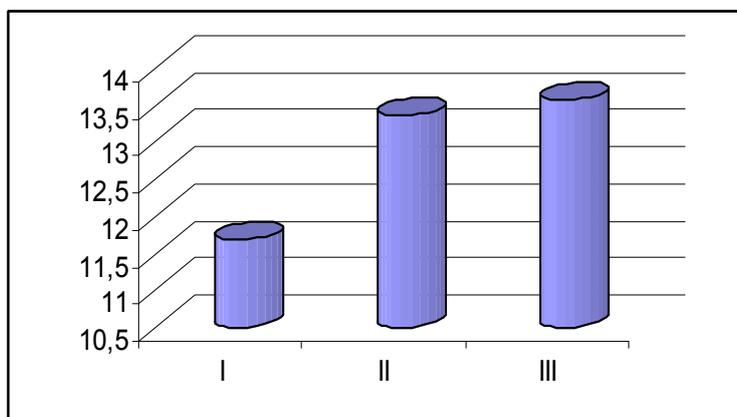


**рис. №4** Экстраверсия - интроверсия

Для экстравертов в основном характерно ориентированность на социальные контакты, чем на одиночество, импульсивность, оптимизм, коммуникативность. Все эти параметры обусловлены генотипически и указывают на легко возбудимость. Но среда, окружающая их, фенотипически обуславливает формирование социального поведения. В частности, представители II группы воспитывались в неполных семьях, детских домах и у родственников. Для них привычно отсутствие взаимопонимания в семье, что вовсе не характерно для респондентов III группы и в незначительном количестве отмечается среди обследуемых I группы. Нездоровая обстановка в семье (алкоголь и наркотики) отмечалась среди представителей I и II группы, на факты физического насилия (побои) со стороны членов семьи указывала 1/3 опрошенных II группы. Значительное расхождение отмечалось во взаимоотношениях между членами семьи. Если представители I и III группы одинаковой интенсивностью общались с родителями, женой/мужем, детьми, то опрошенные II группы приоритет отдавали общению с матерью. Необходимо учесть низкий достаток их семьи, а также их личный внос в обеспечении семьи из-за чего случайные связи являлись для них не только развлечением, но и источником дохода, что создает риск

распространения ИППП. Они рано вступают в половые контакты и часто меняют партнеров, что обуславливает повторное заражение ИППП.

Таким образом, учитывая окружающую среду, в котором воспитывались респонденты, становится понятной присущие им поведенческие патерны. В частности, для представителей II группы препровождение свободного времени на улице, или с другом/подругой. Их жизнь протекает под знаком постоянного тяготения к компаниям различной увлеченности. Следовательно, совершенно логично, проявление экстраверсии не в семейной и родственной обстановке, а с случайными партнерами.

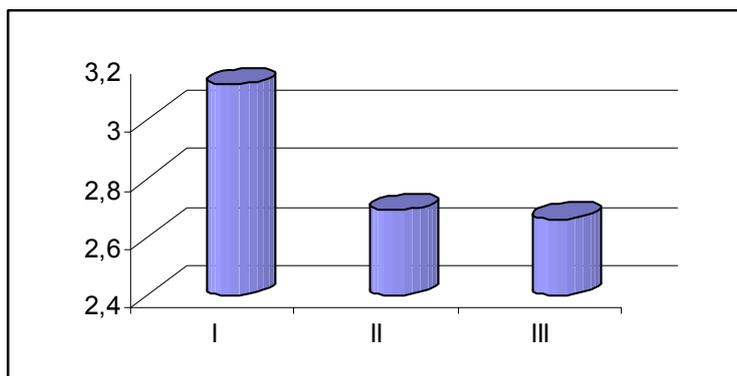


**рис. №5** Нейротизм - стабильность

Был изучен параметр нейротизма – стабильности, средний нормативный показатель которого для грузинской популяции равен 11,4.

По нашим данным самый высокий показатель (13,56) у здоровых, самый низкий (11,69) – у I группы. Сравнение которых выявило достоверную разницу между группами ( $p < 0,05$ ). Для представителей I группы характерно спокойствие, уверенность, самодовольство.

Средний уровень нейротизма-стабильности означает способность адекватно реагировать, что является одним из признаков адаптации. Следовательно, респонденты II группы (13,36), слабо выраженным нейротизмом, достаточно адаптированы в окружающей среде (принимая во внимание неустроенность их социальной среды).



**Рис. №6** Достоверность

По тесту Айзенка средний нормативный показатель лживости равен 2.3. Самый высокий показатель (3,12) – у первой группы, что указывает на тенденцию скрашивания ответов.

С помощью теста самооценки Дембо-Рубинштейна были исследованы следующие параметры: ум (когнитивны), красота, здоровье, счастье (аффективный), успех, сексуальность (поведенческий).

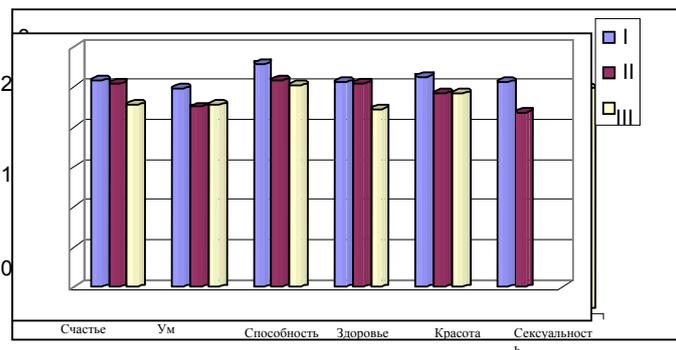


рис. №7 Тест самооценки Дембо-Рубинштейна

Мы использовали 5 бальную шкалу (средний показатель 2,5).

При сопоставлении данных, показатели I группы достоверно отличаются от II и III группы по когнитивным и поведенческим параметрам ( $p < 0,05$ ). Результаты первой группы вполне адекватны, если учесть тенденцию скрашивания ответов по тесту Айзенка. Адекватна также самооценка III группы, показатели которого по всем параметрам равен среднему. Достоверная разница ( $p < 0,05$ ), выявлена также между I и II группы, по параметру сексуальности, где у представителей II группы самая низкая самооценка, у представителей I группы – высокая. Эти данные можно объяснить тем, что повторное заражение представителей II группы произошло половым путем, и что само заболевание подавляет их сексуальность, сексуальное влечение из-за чего половая связь, в какой-то мере, становится механической.

Результаты II группы по параметру здоровье (показатель выше среднего) и по сексуальности (низкий показатель) не соответствует действительности. Вышеуказанная неадекватность может стать причиной укрытия ИППП или их игнорирования с одной стороны и неиспользование защитных средств при половом контакте с другой.

Анализ риска по тесту Шуберта показал, что данные всех трех групп соответствуют средним показателям ( $\approx 40$ ). В контрольной группе показатель чуть выше среднего (47).

Несмотря на то, что уровень риска контрольной группы превосходит данные остальных двух групп, разница между ними недостоверна ( $p > 0,05$ ).

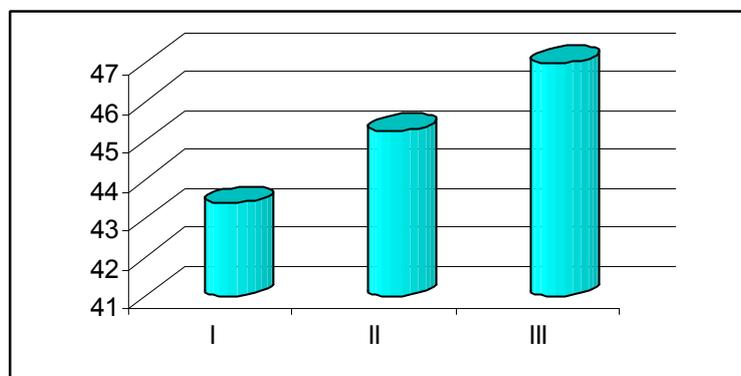


рис. №8 Тест риска Шуберта

Рискованное поведение подразумевает желание получения острых ощущений (излишнее пристрастие к табаку, прыжки с парашюта, вождение автомобиля на высокой скорости и т.д.). К этой форме поведения относятся и случайные половые связи. Учитывая ранний возраст начала половой жизни, кратковременность сексуальных отношений с вновь познакомившимся партнером, частоту, смену партнеров, опыт половых связей с иностранцами, то II группа занимает ведущее место по всем этим параметрам. Следовательно, представители II группы используя такие формы рискованного поведения постоянно находятся в условиях риска, что само по себе теряет у них желание дополнительных острых ощущений. Представители III группы меньше всех используют вышеуказанные формы рискованного поведения, что обусловлено стигматизацией обществом таких форм поведения. По этому они сублимируют в других формах рискованного поведения. Этим объясняется высокий уровень риска в III группе.

Согласно определения ценностей по методу Шварца, проведен их анализ для оценки жизненных отношений и принципов в исследуемых трех группах. Характерно, что со статистической точки зрения, отличия, выявлены именно по этим параметром. В частности, II группа достоверно ( $p < 0,05$ ) отличается от остальных двух групп по следующим ценностям: традиционализм, универсализм и конформизм. По двум ценностям (традиционализм и конформизм) у повторно болеющих (II группа) самый низкий показатель. представители этой группы менее учитывают традиции и ценности своих семей и общества, менее религиозны не характеризуются умеренностью. Для них не приемлемы установление в обществе правила и нормы, самоограничение, дисциплина, уважение к родителям и старшим. Показатель универсализма в этой группе самый высокий. Это значит, что для них главное равенство, справедливость и толерантность. Они требуют проемлемость от общества.

II группа также достоверно отличается от I группы ( $p < 0,05$ ) по такой ценности, как стимуляция. Для них характерно раскованность, возбудимость, искание новизны и неожиданностей жизни (в нашем случае в половых отношениях).

Что касается I группы, она отличается от III группы по такой ценности, как власть. По этому параметру I группа характеризуется самыми высокими показателями, а III группа – самыми низкими. В этой мотивационной группе входят такие ценности как: авторитет, богатство, социальная власть, социальное признание, защита собственного имиджа. Респонденты I группы особенно остро ощущают потребность в защите собственного имиджа и репутации, что можно объяснить и фактами приукрашивания.

Таким образом, с точки зрения психологических характеристик в целом, в исследуемых группах радикальных отличий нет, что совершенно логично, поскольку заболевание само по себе не определяет не экстраверсию – неиротизм и не уровень риска, т.е. экстравертам может быть, как больной, так и здоровый человек. В нашем случае ведущее значение имеет та социальная среда, в котором воспитывались наши респонденты. Что касается полученных различий по ценностным ориентациям, то они вполне логичны, т. к. каждый человек оперирует теми ценностными ориентациями, какими руководствуется окружающая его социальная среда. Таким образом, нами полученные данные по ценностным ориентациям логически совпадают со сравнением поведенческих характеристик и отношений.

## **В ы в о д ы**

1. В Грузии за изучаемый период (2000-2005 гг.) отмечалась тенденция снижения заболеваемости только сифилисом на 100 тысяч населения от 20,3 случаев в 2000 г. до 11,6 случаев в 2005 г. В случае остальных заболеваний отмечалась тенденция роста заболеваемости: трихомониазом от 47,0 до 78,2, гонореей от 13,3 до 27,3, хламидиозом от 4,5 до 23,4 случаев соответственно.

2. При сравнении нозологических соотношений у первично и повторно болеющих ИППП значительных отличий не наблюдалось.

3. При изучении социально-психологических и поведенческих особенностей у первично и повторно болеющих ИППП обнаружилось некоторые общие для обеих групп черты: импульсивность, несформированность внутренних критериев поведения, личностная инфантильность, зависимость от точки зрения асоциальных референтных групп.

4. Повторно инфицированных отличали от первично болеющих следующие поведенческие особенности: более раннее начало половой жизни, злоупотребление алкоголем, делинквентное поведение, временные, непостоянные, личностные взаимоотношения с партнером, частота случайных половых связей, частота насильственных половых контактов.

5. В формировании стереотипов сексуального поведения, ведущее значение придается деструктивному влиянию семьи (родителей); отсутствие взаимопонимания в семье, недостаток духовного общения (особенно у подростков) предопределяет безусловное доминирование «неформальных объединений» школы и двора. В этих объединениях происходило формирование риск групп ИППП, отмечался психологический феномен «аномии».

6. При изучении индивидуально-психологических характеристик значительные отличия для всех групп обнаружилось в таких ценностях, как традиционализм, универсализм и конформизм, которые обуславливают поведенческие особенности в группах.

### **Практические рекомендации**

1. Усовершенствование процесса регистрации заболеваемости ИППП и контроль над заболеваемостью в некоторых группах, в особенности у повторно болеющих.

2. Целесообразно создание специализированного профилактического центра для молодежи и подростков, с образовательной структурой и «телефоном доверия».

3. С целью формирования личности и информирования в вопросах ИППП необходимо разработать специальную программу подготовки докторов и учителей для проведения образовательных работ для родителей, детей и подростков.

4. Необходимо комплексное обследование повторно болеющих дерматовенерологом и психологом, что способствует их полной физической и психологической реабилитации.

### **Список трудов, опубликованных на тему диссертации**

1. Н.Чхиквишвили. Эпидемиологический анализ инфекции, передаваемых половым путем.// Медицинский вестник Грузии, 2004, №4, 20-24. (на груз. яз); (соавторы: М. Павлиашвили, М.Швелидзе).

2. Н.Чхиквишвили. Клинико-эпидемиологические особенности уrogenитального хламидиоза при микст-инфекции. Материалы IX всероссийского съезда дерматовенерологов, 2005, том II, 84; (соавторы: М. Павлиашвили, М.Швелидзе).

3. Н.Чхиквишвили. Уrogenитальный хламидиоз. Эпидемиологические и клинические особенности и профилактика.// Материалы 1-ой Грузинской международной научно-практической конференции, Тбилиси, Грузия, 2005, 20-22. (на груз. яз); (соавторы: Г. Галдава, М.Швелидзе).

4. Н.Чхиквишвили. Хламидийная инфекция как причина воспалительных заболеваний уrogenитального тракта у женщин.// Экспериментальная и клиническая медицина, 2005, №6(25), 15-18; (соавторы: М.Швелидзе, И. Русадзе, М. Павлиашвили, Т. Качахидзе).

5. Н.Чхиквишвили. Частота выявления и клинические аспекты течения генитального хламидиоза у женщин.// South Caucasian Dermatology and Venereology, 2005, p.35-36; (соавторы: М.Швелидзе, И. Русадзе, М. Павлиашвили, Т. Качахидзе).

6. Н.Чхиквишвили. Эпидемиология инфекции, передаваемых половым путём в Грузии.// Медицинский вестник Грузии, 2006, №1, 82-86. (соавторы: Г. Галдава, Т. Китуашвили).

7. Н.Чхиквишвили. Социально-психологические и поведенческие особенности больных ИППП. // South Caucasian Dermatology and Venereology, 2006, p.12-15; (соавтор: Н. Шенгелия).