

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ  
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ  
«КАЗАНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»  
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

И.А. Киясов, Ф.В. Хузиханов

**МОНОГРАФИЯ**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ,  
ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

Казань, 2018

УДК 614.4:616.97-053.81

ББК 51.1(2Рос),285.81

К46

*Печатается по решению Центральной проблемной комиссии  
ФГБОУ ВО «Казанский государственный медицинский университет»  
Минздрава России*

**Рецензенты:**

**Шулаев А.В.** – проректор по взаимодействию с учебно-производственными базами и клинической работе ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России, д.м.н., профессор.

**Юсупова Л.А.** – заведующий кафедрой дерматовенерологии и косметологии КГМА – филиала ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, д.м.н., профессор.

**Киясов И.А., Хузиханов Ф.В.**

К46 Медико-социальная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи: монография / И.А. Киясов, Ф.В. Хузиханов / Казань: Отечество, – 2018. – 218с.

ISBN 978-5-9222-1254-0

Монография посвящена изучению заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и факторов, способствующих распространению данных инфекций среди молодежи, оптимизации и совершенствованию системы первичной профилактики. Приведены убедительные данные о сохраняющемся высоком уровне заболеваемости, недостатках эпидемиологического надзора и неблагоприятных тенденциях в структуре заболеваемости. Определены иерархия и силы влияния факторов, способствующих возникновению и развитию инфекций, передаваемых половым путем. Авторами разработан комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи, приведены результаты медико-организационного эксперимента.

**УДК 614.4:616.97-053.81**

**ББК 51.1(2Рос),285.81**

ISBN 978-5-9222-1254-0

© Киясов И.А., Хузиханов Ф.В., 2018

## Оглавление

Предисловие	4
Глава 1 Введение	7
1.1 О инфекциях, передаваемых половым путем, в Российской Федерации	11
1.2 О профилактике инфекций, передаваемых половым путем	14
Глава 2 Материалы и методы	29
2.1 Характеристика баз исследования	49
2.2 Перечень дефиниций	53
Глава 3 О заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и их первичной профилактике	56
Глава 4 О факторах, способствующих заражению инфекциями, передаваемыми половым путем, и индивидуальном прогнозировании риска возникновения и развития данных инфекций	82
Глава 5 Медико-социальная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи	99
5.1 Структура комплекса разработанных мероприятий	106
5.2 Медико-организационный эксперимент	118
5.3 Пример реализации мероприятий по первичной профилактике ИППП среди молодежи в городе Казани	126
Заключение	132
Список литературы	141
Приложение 1	173
Приложение 2	187
Приложение 3	204
Приложение 4	210
Приложение 5	212

## Предисловие

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), входят в число пяти основных категорий заболеваний, по поводу которых взрослые люди обращаются за помощью в медицинские организации. На момент издания данной монографии ежедневно в мире более миллиона человек инфицировались патогенами из данной группы заболеваний [82].

Инфекции, передаваемые половым путем, оказывают негативное воздействие на организм человека в целом и, в особенности, на функцию репродуктивной системы, а последствия связанных с ними заболеваний отражаются на здоровье будущего потомства [56, 71, 158, 112, 226].

На территории Российской Федерации (РФ) в девяностых годах двадцатого столетия был зафиксирован стремительный рост уровня заболеваемости ИППП, в связи с чем правительство реализовало ряд предупредительных мер, выраженных в реструктуризации дерматовенерологической службы, расширении медико-профилактических мероприятий и усилении эпидемиологического надзора. Благодаря приложенным усилиям к концу девяносто девятого года распространённость ИППП среди населения нашей страны начала снижаться.

В течении десятилетия (2000-2010гг.) постепенного колебательного снижения уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, ее структура претерпела кардинальные изменения. В этот период времени регистрировалось увеличение количества заболевших вирусными и хламидийной инфекциями в разные годы в различных регионах страны, тогда как показатели по бактериальным инфекциям соответствовали общей для всей группы патогенов тенденции к снижению.

Позднее, в 2013 году, после завершения комплексного исследования имеющихся ресурсов и практической деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля на территории Российской Федерации, один из главных отечественных экспертов в области дерматовенерологии д.м.н., профессор, академик РАМН А.А. Кубанова, в своих публикациях обозначила необходимость усиления профилактических мероприятий, направленных, во-первых, на предупреждение возникновения и развития ИППП, во-вторых, на своевременную диагностику, то есть ранее выявление форм заболеваний с неспецифической клинической картиной [37].

Основная масса различного рода проблем, связанных с ИППП, описываемых в отечественной и зарубежной научной литературе, касаются в основном здоровья молодежи, то есть лиц, от которых зависит социальное и экономическое будущее нашего общества [34, 51, 68, 95, 96, 101, 116, 129, 136, 157, 164, 165, 217].

Таким образом, учитывая все вышесказанное, на 2014 год являлось актуальным проведение нового расширенного исследования с целью научного обоснования и разработки мероприятий по оптимизации и совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи, особенно на территориях крупных и крупнейших городов России, так как достижение максимального эффекта от подобных мероприятий наиболее затруднительна в регионах с большой плотностью населения [53, 65, 68, 83]. Исследование было проведено в период с 2014 по 2017 гг. на территории города Казани.

В монографии подробно изложены: данные обзора научной литературы по описанной выше проблеме, методика проведенного исследования, полученные основные результаты, разработанное решение (комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе) и медико-организационный эксперимент, доказавший на практике его результативность, с последующим

анализом и соответствующими выводами. В конце монографии представлены приложения, в которых содержится весь необходимый материал для реализации разработанного комплекса мероприятий.

## Глава 1 Введение

К инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), относят более тридцати различных бактерий, вирусов и паразитов, распространяющихся преимущественно при сексуальных контактах. ИППП вызывают различные заболевания мочеполовой системы человека. Особенностью данных патогенов является то, что индивидуум может быть инфицирован одним из них, и при этом не иметь симптомов заболевания (не предъявлять жалоб на нарушение каких-либо функций его организма, не испытывать болей или любого рода дискомфорта), и в то же время представлять эпидемиологическую опасность, то есть иметь высокую вероятность передачи данного патогена половому партнеру. В связи с этим, понятие «инфекции, передаваемые половым путем» считается более широким и обоснованным для обозначения данной группы патологических агентов, в отличие от понятия «заболевания, передаваемые половым путем», которое подразумевает под собой не только наличие инфекции в организме, но и нарушение нормальной жизнедеятельности [82, 212].

По данным всех стран, которые ведут официальный учет, к 2017 году зарегистрирована наибольшая распространенность следующих восьми инфекций, передаваемых половым путем: бледная трепонема (наименование вызываемого заболевания – сифилис), гонококки (гонорея), хламидии (хламидиоз), влагалищная трихомонада (трихомоноз), вирус папилломы человека (ВПЧ) (аногенитальные (венерические) бородавки), герпес (герпес урогенитальный), гепатит В и вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). Последние перечисленные четыре инфекции являются вирусными и остаются в организме человека на всю жизнь, но благодаря существующим методикам лечения их пагубное воздействие на организм человека нивелируется [82].

В Российской Федерации ИППП отнесены к социально значимым заболеваниям согласно постановлению правительства (постановление об

утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих). К данной группе инфекций относятся: бледная трепонема (наименование вызываемого заболевания – сифилис), гонококки (гонорея), хламидии (хламидиоз), влагалищная трихомонада (трихомоноз), вирус папилломы человека (ВПЧ) (аногенитальные (венерические) бородавки), герпес (герпес урогенитальный). В связи с этим, далее по тексту под термином инфекции, передаваемые половым путем, будут подразумеваться именно эти шесть патогенов. Гепатит Б и ВИЧ в России, как и в большинстве других стран, регистрируют отдельными рубриками.

Рассматриваемые инфекции способны вызывать поражения органа и органов, системы и систем, а также диссеминацию на весь организм человека. Осложнения, к которым приводят заболевания, обусловленные ИППП, варьируют от легких недомоганий, до нарушения функций органов и систем, вплоть до летального исхода [62, 63]. Вот лишь небольшой перечень последствий этих заболеваний: эпидидимит, орхит, простатит и стриктуры уретры у мужчин; воспалительные заболевания органов малого таза у женщин, которые могут стать причиной внематочной беременности и привести к летальному исходу [35, 36, 48, 69, 80, 81, 83, 88, 89, 93, 94, 125, 134, 152, 155, 156, 168, 174, 202, 203].

Последствиями пребывания в организме человека ИППП, как у мужчин, так и у женщин, становятся различные нарушения со стороны репродуктивной системы организма. Специалисты дерматовенерологи, урологи и гинекологи отмечают, что мужчины и женщины имеют высокий риск развития бесплодия после однократного инфицирования патогенами данной группы, повторное же заражение в несколько раз увеличивает риск развития бесплодия [35, 36, 40, 49, 65, 69, 78, 99, 100, 125, 130, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 168, 182, 183, 212].

Помимо пагубного воздействия на сам организм человека и его репродуктивную систему, инфекции, передаваемые половым путем,



негативно отражаются на будущем потомстве. И это не зависит от того переболела ли женщина заболеванием, обусловленным ИППП, до зачатия, болела ли во время зачатия или была инфицирована в период беременности. В первом случае данная группа заболеваний несет с собой отсроченную опасность, которая может проявиться спустя годы в виде рождения физически и умственно неполноценного потомства с тяжелыми поражениями нервной системы и внутренних органов [69]. Во втором случае, когда зачатие происходит в период течения заболевания, отмечен высокий риск развития эктопической беременности [80]. Во втором и третьем случаях существует высокий риск внутриутробного заражения плода с последующими отклонениями его развития или инфицирования плода во время прохождения через родовые пути [37, 40, 64, 89, 91, 94, 130, 142, 162, 202].

Большинство последствий, наиболее негативно отражающихся на организме человека, связанных с заболеваниями, обусловленными данной группой патогенов, возможно избежать при своевременной диагностике и надлежащем лечении, однако довольно часто этому мешает ряд причин. Во-первых, имеет место малосимптомное или бессимптомное течение заболеваний, обусловленных ИППП. Что происходит в 12-42% случаев в зависимости от инфекционного агента. При этом у пациентов могут отсутствовать субъективные ощущения вовсе или жалобы будут незначительными, по мнению пациента. Такое течение заболеваний приводит к хронизации воспалительных процессов и нарушению функций пораженных органов, которые длительное время могут не проявляться в связи с компенсаторными механизмами организма. Особенно часто такое течение заболеваний наблюдается у подростков [36, 69, 93, 100, 132, 151, 152, 153, 174, 203]. Во-вторых, для многих ИППП характерна длительная персистенция в организме человека, характеризующаяся появлением и сохранением жизнеспособных атипичных форм патогенов, способных к реверсии в обычные формы с последующим рецидивом заболевания [118, 151, 152]. И в-

третьих, бесконтрольное применение лекарственных препаратов и самолечение, распространенные среди населения, а также лечение ненадлежащего качества приводят к развитию у инфекционных агентов резистентности к применяемым фармакологическим препаратам, что способствует развитию хронических форм заболеваний и последующим осложнениям [89, 121, 149, 175].

Особенно интенсивно последствия заболеваний, обусловленных ИППП, отражаются на организме подростков, которые являются культурным, интеллектуальным и профессиональным потенциалом страны, что является важной частью угрозы демографическому резерву Российской Федерации [118, 120, 157].

Помимо снижения демографических показателей, заболеваемость ИППП существенно увеличивает экономические затраты. В 1997 г. Всемирным банком ущерб от потери трудоспособности в связи с заболеваниями, обусловленными ИППП (исключая ВИЧ-инфекцию), признан вторым по значимости среди женщин в возрасте от 15 до 49 лет после заболеваемости и смертности, связанных с беременностью и родами. По данным ВОЗ ежегодно экономический ущерб, связанный с заболеваемостью только хламидийной инфекцией, составляет десятки миллионов долларов [80, 93, 131, 133].

Кроме этого, социальная значимость проблемы определяется снижением социальной активности части населения, столкнувшейся с проблемой ИППП, развитием внутрисемейного психологического конфликта, возможностью распада семьи, снижением эффективности выполнения трудовых обязательств (производственной функции) [69, 222].

## 1.1 О инфекциях, передаваемых половым путем, в Российской Федерации

Численный и половозрастной состав современной России является итогом длительного развития демографических и социально-политических процессов. Одним из значимых факторов формирования нормального режима воспроизводства населения является количество лиц фертильного возраста (15–49 лет) и уровень их репродуктивного здоровья [170]. Высокий уровень заболеваемости ИППП это весомая проблема для общественного здоровья населения страны, а ее снижение одна из немаловажных задач, решаемых отечественным здравоохранением, так как заболевания, вызываемые данной группой патологических агентов, и их последствия, описанные ранее, приводят к снижению демографических показателей России (бесплодие и другие нарушения работы репродуктивной системы человека снижают рождаемость, приводят к увеличению материнской и младенческой смертности) [72, 162, 168, 182].

Социальные, экономические и политические изменения, происходившие в конце 80-х начале 90-х годов XX века на территории современной России, способствовали осложнению эпидемиологической ситуации с инфекциями, передаваемым половым путем [40, 48, 72, 133, 149].

К концу 1999 года пораженность населения РФ ИППП составляла 0,8%, отмечался высокий уровень заболеваемость ИППП среди детей и подростков, оставались сложности с межведомственными и внутриведомственными взаимодействиями относительно ИППП, система первичной профилактики не соответствовала требованиям времени и т.д. Тем не менее, начиная с 1998 года, регистрировалось постепенное снижение уровня общей заболеваемости ИППП. И в конце 1999 года прекращает действие приказ N 91 «О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем», что косвенно указывает на положительную динамику в борьбе с неуклонным ростом уровня общей заболеваемости ИППП [6]. Однако

утрата силы данного приказа привела к отмене действия «Временных требований, предъявляемых к юридическим лицам, осуществляющим диагностику и лечение заболеваний, передаваемых половым путем», которые включали в себя обязательную отчетность по форме N 089/у для всех медицинских организаций независимо от их формы собственности. Впоследствии, это привело к определенным проблемам в сфере надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем, о чем речь пойдет немного позже.

Работа, проведенная МЗ РФ в 90-х и 2000-х годах, привела к снижению показателей заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, среди населения РФ. Так, за период 2001 – 2013 гг. заболеваемость ИППП снизилась на 64,3%, а к 2011 году уровень заболеваемости ИППП составил 300,6 на 100 000 населения. В 2012 году – 267,9 на 100 000. В 2013 году – 233,4 на 100 000 (333 852 вновь выявленных случая заболеваний, обусловленных ИППП) [37, 89, 90, 106, 113, 121, 131, 149].

Несмотря на схожую для всей РФ тенденцию к снижению уровня заболеваемости ИППП, следует отметить ряд неблагоприятных фактов, сложившихся к моменту начала исследования, которому посвящена данная монография:

1. Отмечался периодический рост заболеваемости по некоторым нозологиям (герпес уrogenитальный, аногенитальные бородавки, хламидиоз, трихомоноз), и обращало на себя внимание то, что уровень заболеваемости среди подростков практически не отличался от показателей среди взрослого населения, а в некоторые годы даже превосходил их [40, 66, 90, 130, 140, 157].

2. Уровень заболеваемости ИППП на территории РФ превышал аналогичные показатели в развитых странах Европы, большинстве стран постсоветского пространства и США [48, 83, 121, 148, 158, 174, 200, 225].

3. Уровень заболеваемости сифилисом в Российской Федерации не снизился даже до показателей начала 90-х годов прошлого столетия (уровень

заболеваемости сифилисом в 2009 г. превосходил аналогичный показатель 1993 г. в 1,6 раза).

4. Ситуация с заболеваемостью врожденным сифилисом оставалась неблагоприятной, уровень общей заболеваемости врожденным сифилисом еще не достиг показателей эпидемиологического благополучия, наблюдавшегося в 1970-е годы на территории СССР, когда регистрировались лишь спорадические случаи заболевания [37, 72, 142, 161].

5. Заболеваемость вирусными инфекциями к 2012 году в целом по РФ приобрела тенденцию к снижению по сравнению с предыдущим годом, однако снижение заболеваемости урогенитальной герпетической инфекцией наблюдалось лишь в Центральном, Северо-Западном, Южном и Уральском Федеральных округах, в остальных же регистрировалось увеличение в среднем на 18.6% [160].

6. Согласно данным органов государственной статистики, в последние 5 лет (2010-2014 гг.) отсутствовала существенная динамика уровня заболеваемости аногенитальными бородавками на территории РФ в целом, однако результаты различных клинических исследований говорили о его неуклонном росте, данный факт объяснялся тем, что по встречаемой в научной литературе теории и по данным ВОЗ 50-80% населения инфицировано ВПЧ, но только 1-2% из них имеют клинические проявления [52, 69, 152, 182].

7. В связи со спецификой эпидемиологического надзора в России многие авторы полагали, что истинная распространенность ИППП значительно превышает данные официальной статистики [183].

Седьмой факт необходимо разобрать более детально. Начиная с 2000 года в России активно развиваются частные медицинские организации. К 2013 году наибольший объем оказываемых ими услуг распределился по следующим направлениям: стоматология, гинекология, урология и дерматовенерология. Последние перечисленные направления медицинской деятельности включают в себя профилактические, диагностические, лечебные

и реабилитационные мероприятия, связанные с ИППП [107, 124]. Одной из причин снижения уровня регистрировавшейся заболеваемости ИППП являлось обращение пациентов к частнопрактикующим врачам и частным медицинским организациям, не осуществлявшим надлежащего статистического учета и отчета [195, 112]. В совокупности это привело к недоучету числа случаев заболеваний и к искажению показателей официальной статистики [40, 91].

Еще одна проблема, существовавшая в Российской Федерации, это разница в качестве диагностики, доступности современного лабораторно-диагностического оборудования и обеспеченности кадрами между крупными городами и сельской местностью, между развитыми и развивающимися регионами. Что привело к гиподиагностике некоторых ИППП и снижению доступности качественной медицинской помощи на определенных территориях страны [168, 202].

К проблеме обеспеченности кадрами присоединялась низкая квалификация врачей и не выполнение должностных обязанностей в необходимом объеме. По данным различных авторов до 43% врачей дерматовенерологов на приеме не осуществляли сбор эпидемиологического анамнеза о половых контактах пациента, до 47% не проводили профилактические беседы о должном сексуальном поведении и необходимых мерах профилактики [169].

## **1.2 О профилактике инфекций, передаваемых половым путем**

Профилактика (в переводе с греческого языка означает предохранение, предотвращение) это комплекс мероприятий, направленный на обеспечение высокого уровня здоровья и трудоспособности населения, устранение причин заболеваний, улучшение качества жизни, в том числе условий труда и быта, охрана окружающей среды.

Различают индивидуальную и общественную профилактику. Индивидуальная профилактика сводится к обучению нормам здорового образа жизни. Общественная профилактика включает в себя систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и психических сил граждан, устранения факторов вредного воздействия на здоровье населения.

Относительно возникновения заболевания профилактику разделяют на первичную, вторичную и третичную, в зависимости от целей, преследуемых проводимыми мероприятиями.

Цель первичной профилактики – сохранение здоровья, предотвращение воздействия вредных факторов природной и социальной среды, способных вызывать патологические изменения в организме. Вторичная профилактика, в свою очередь, нацелена на раннее выявление заболевания, предупреждение рецидивов, прогрессирования болезненного процесса и возможных его осложнений. Третичная профилактика – комплекс мероприятий по реабилитации больных, утративших возможность полноценной жизнедеятельности. Ее целью является социальная, трудовая, психологическая и медицинская реабилитация [98, 118, 147, 155, 168].

Первичная профилактика ИППП, воспитание ответственного полового поведения, просвещение населения и другие программы, направленные на информатизацию населения по поводу укрепления и сохранения репродуктивного здоровья, являются частью гигиенического воспитания и обучения.

По воздействию на население выделяют следующие уровни гигиенического воспитания и обучения:

- индивидуальный уровень;
- групповой уровень;
- популяционный уровень [173, 180].

В разрезе первичной профилактики ИППП индивидуальный уровень гигиенического воспитания и обучения сводится к индивидуальным беседам между медицинскими работниками и пациентами, родителями и детьми, педагогами, психологами и обучающимися, а также к самообразованию. К групповому уровню относится проведение обучающих семинаров и лекций. К популяционному уровню относится массовое распространение информации по средствам СМИ, сети интернет и создание систематических программ информирования с охватом большей части целевой аудитории среди населения.

В Российской Федерации согласно статье 12 Федерального Закона № 323 «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» был установлен приоритет профилактики в сфере охраны здоровья населения, который обеспечивается путем:

- осуществления мероприятий по предупреждению заболеваний, в том числе предупреждению социально значимых заболеваний и борьбе с ними, к которым отнесены ИППП (первичная профилактика);

- раннего выявления заболеваний, проведения профилактических и иных медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения в соответствии с законодательством Российской Федерации (вторичная профилактика) [162].

Осуществление профилактических мероприятий задача не только Министерства здравоохранения, но и важнейший раздел деятельности других министерств и ведомств, а также различных общественных организаций и государственных институтов, так как развитие здравоохранения Российской



Федерации возможно лишь при условии обязательного многостороннего участия в охране и укреплении здоровья населения всех политических, социальных и экономических структур [147, 185, 196].

В отношении борьбы с заболеваемостью ИППП наиболее эффективными являются первичная и вторичная профилактика. При этом, если говорить о непосредственном снижении распространенности, то речь изначально идет о первичной профилактике, так как вторичная направлена уже на инфицированных пациентов. К первичной профилактике относится разработка и реализация программ полового воспитания и санитарно-просветительской работы в тесном сотрудничестве врачей различных специальностей, психологов, родителей и учителей, министерств образования и здравоохранения, а также службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека [76, 94, 137, 141, 151].

В Российской системе здравоохранения основополагающая роль в отношении первичной профилактики ИППП отведена кожно-венерологическим диспансерам. На них возложена ответственность за организацию и проведение мероприятий, как по первичной, так и по вторичной профилактике, на индивидуальном, групповом и популяционном уровнях, что регламентировано порядками оказания медицинской помощи по профилю дерматовенерология.

На территории государства также существуют общественные организации и специализированные центры, которые занимаются более узкими вопросами в отношении профилактической деятельности по рассматриваемым инфекциям, а именно:

- анонимное консультирование подростков и направление их на лечение в медицинские организации соответствующего профиля;
- обеспечение необходимой медицинской помощью «ядерных групп»;
- работа с финансово не защищенными категориями лиц;
- работа с заключенными и т.д.

Немаловажную роль играет министерство образования – оно предоставляет возможность молодежи получить начальный уровень знаний о данной проблеме в основном во время занятий в общеобразовательных организациях.

В Российской Федерации существует ряд действующих, отработанных, но не систематизированных механизмов первичной профилактики ИППП.

□ Так, в Российской Федерации заражение другого лица венерическим заболеванием лицом, которому было известно о наличии у него одного, карается законом согласно УК РФ ч. 1 ст. 121 Заражение венерической болезнью [47].

□ В период 2009—2011 гг. в Архангельской области действовала целевая региональная программа, направленная на предупреждение распространения ИППП «Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями на 2009—2011 гг.» (Постановление Администрации Архангельской области от 26 августа 2008 г. № 188-па/27). Отличительной особенностью использованного комплекса профилактических мероприятий является совершенствование контроля над регистрацией случаев заболеваний в учреждениях здравоохранения, в том числе в ведомственных медицинских организациях и в медицинских организациях частных форм собственности, которое привело к 50% приросту зарегистрированных случаев гонококковой инфекции в регионе в 2012 году [148, 149].

□ Во многих регионах страны функционируют специализированные центры «Доверие». Организация центров «Доверие» для оказания специализированной помощи детям и подросткам в 45 субъектах РФ и организационно-профилактические мероприятия значительно снизили распространение ИППП среди взрослого и подросткового населения. Многие авторы, описывая результаты работы подобных центров в различных регионах страны, отдельно отмечают высокую эффективность использования

принципов «равный равному» при информатизации населения [35, 50, 66, 149, 178, 187].

□ Необходимо помнить о важности «ядерных групп» (под данным термином авторы объединяют пациентов, страдающих такими заболеваниями, как ВИЧ, гепатит С, зависимых от наркотических веществ, а также работников сексуальной индустрии) при контроле распространения ИППП, так как они по определению являются теми группами, которые обеспечивают неблагоприятную эпидемиологическую ситуацию с ИППП [48, 49, 192]. В Российской Федерации организован и успешно реализуется ряд проектов по профилактической, лечебной и реабилитационной работе в «ядерных группах». Деятельность подобных проектов осуществляется общественными организациями в тесном взаимодействии с государственными медицинскими учреждениями и социальными службами [113].

□ На рынке фармакологических препаратов РФ с 2006 года появились вакцины против определенных штаммов ВПЧ, что способствует снижению вероятности инфицирования при контакте организма с патологическим агентом [88, 159].

□ На сегодняшний день в РФ имеется опыт создания специализированных сайтов, чья работа направлена на информирование населения, путем предоставления достоверной и доступной информации об опасности, которую представляют заболевания, обусловленные ИППП, пользователю интернет [148, 149].

При содействии многих отечественных ученых, общественных организаций и государственной системы власти в Российской Федерации наблюдается положительный опыт в разработке и внедрении различных механизмов первичной профилактики ИППП. Тем не менее, согласно принципам стратегического планирования, необходимо отметить существование ряда нерешенных на момент начала исследования проблем и недостатков в системе первичной профилактики ИППП [198].

□ В первую очередь вернемся к примеру Архангельской области, который показал, что введение обязательной отчетности по заболеваниям, обусловленным ИППП, в частных медицинских организациях приведет к резкому подъему регистрируемого уровня общей заболеваемости ИППП. Экстраполяция данной процедуры на всю территорию РФ не осуществлена [148].

□ О следующем недостатке в отношении эпидемиологического надзора и профилактики ИППП говорят данные различных авторов, что до 43% врачей дерматовенерологов на венерическом приеме не осуществляют сбор эпидемиологического анамнеза, до 47% не проводят профилактические беседы о должном сексуальном поведении [169].

□ Не отлажен механизм эпидемиологического контроля за лицами, которые не относятся к общепринятым группам риска, но имеют риск развития заболеваний, обусловленных ИППП, – социально адаптированные женщины и мужчины, которые имеют работу, семью, не злоупотребляют психотропными веществами [40].

□ Высокие показатели общей заболеваемости вирусными урогенитальными заболеваниями (генитальным герпесом и папилломавирусной инфекцией) свидетельствуют о необходимости пересмотра концепции профилактических мероприятий ИППП, направленных на пропаганду использования барьерных контрацептивов. Известно, что именно вирусные агенты могут передаваться через контакт с инфицированными поверхностями клеток в присутствии или отсутствии обмена тканями или жидкостями [141, 150, 151].

□ Отдельно стоит указать финансовые стороны организации центров по типу «Здоровье». Анализ проблем ресурсного обеспечения деятельности таких центров показал, что материальные и финансовые структурные затраты являются значительными, особенно в период организации новых структурных подразделений. В целом, организация и

развитие комплексной медико-психосоциальной помощи молодежи путем создания молодежных центров, как аналога клиник, дружественных молодежи, интегрирующих усилия различных специалистов и служб здравоохранения, образования, социального обеспечения и направленных в первую очередь на оказание консультативной профилактической помощи, является актуальной задачей. Однако в период экономического спада в стране, стоит рассмотреть перераспределение именно образовательной нагрузки на Министерство образования, в частности на такие учреждения, как медицинские государственные образовательные учреждения высшего образования, чьей профильной задачей является образование [87].

Вместе с тем, по мнению многих авторов, до настоящего времени (по разным причинам, большинство которых носит организационный и экономический характер) многие направления профилактической деятельности в практическом здравоохранении не внедрены и остаются декларированными, это же касается вакцинации против ВПЧ. В новых условиях финансирования специализированных кожно-венерологических учреждений медицинские профилактические услуги не оплачиваются в системе обязательного медицинского страхования, что тормозит их внедрение в практическое здравоохранение. В России не существует единой организованной и структурированной системы профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), а имеются лишь некоторые разрозненные, функционирующие фрагментарно или вовсе не функционирующие компоненты. К последним можно отнести:

- кабинеты и отделения первичной профилактики при кожно-венерологических диспансерах, которые существуют лишь номинально [135, 178];

- специально созданные информационные Интернет-ресурсы, которые по истечении исследовательской заинтересованности авторов перестали функционировать [84].

Однако согласно данным научной литературы, интернет ресурсы с каждым годом приобретают все большее значение в отношении профилактики ИППП [138 193]. Также, авторы отмечают особенную важность начала проведения профилактических мероприятий в отношении данных инфекций до того, как целевая аудитория впервые вступит в сексуальные взаимоотношения [211], и то, что раннее начало половой жизни значительно повышает риск возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем [208].

В ряде субъектов РФ накоплен определенный положительный опыт реализации первично-профилактических мероприятий по предупреждению распространения ИППП. Но не определены объемы и нормативы деятельности специалистов в области профилактической дерматовенерологии, не существует дифференцированного подхода к реализации методов первичной и вторичной профилактики ИППП в зависимости от конкретной эпидемиологической ситуации в субъекте Федерации, некорректно функционирует мониторинг и анализ целевых индикаторов деятельности кожно-венерологических учреждений по снижению общей заболеваемости ИППП [169].

Стоит отметить, что исследования экономической эффективности мероприятий по обследованию и лечению больных ИППП в развитых странах показали, что наиболее выгодной, с точки зрения медицины, так и с точки зрения экономики, стратегией в борьбе с ИППП является первичная профилактика. Объясняется это с тем, что затраты на организацию и внедрение первичной профилактики ИППП оказываются гораздо ниже, чем экономический ущерб, связанный с затратами на лечение и оплату дней нетрудоспособности [69, 158].

Многие авторы отмечают особую значимость проведения первичной профилактики среди граждан, не достигших совершеннолетия. Опыт стран,

длительное время осуществляющих половое воспитание, свидетельствует о следующем:

1. Возраст начала половой жизни у подростков не снижается при проведении с ними программ сексуального просвещения в период их обучения в школе [205, 223]. Так, например, в Нидерландах первые уроки по данному вопросу проводятся еще в детских садах для детей четырехлетнего возраста в формате обсуждения отношений и любви между мужчиной и женщиной, продолжается половое воспитание в начальной школе, здесь ученикам прививают уважение ко всем сексуальным предпочтениям и помогают обучающимся развить навыки для защиты от сексуального принуждения, запугивания и жестокого обращения. При этом, подростки в Нидерландах вступают в сексуальные отношения в среднем в более позднем возрасте, чем подростки в других европейских странах или в Соединенных Штатах.

2. Школьный курс полового воспитания или отсрочивает начало сексуальной жизни, или делает его более грамотным и безопасным [211, 223]. В Великобритании и Германии, также как в Нидерландах, сексуальное просвещение является обязательной частью школьной программе, однако при желании (особенности вероисповедания), родители могут отказаться.

3. Самыми успешными являются программы, которые начинаются раньше, чем граждане вступают в половые отношения, и которые дают не только знания об ИППП, но и обеспечивают информацией об особенностях сексуальных взаимоотношений и социальных нормах ответственного отношения к репродуктивному здоровью [65, 81, 224]. Во Франции при поддержке Министерства Здравоохранения создан специальный сайт — OnSexPrime, где подробно разъясняются все аспекты сексуальной жизни. Здесь раскрыты следующие темы: анатомические подробности строения половых органов мужчины и женщины, рекомендации по предохранению, способы получения удовольствия, информация о сексуальном равноправии полов, последствия незащищенного секса, ИППП и т.д. Доступ к информации

официально получают подростки, достигшие возраста 12 лет. Также, во Франции сексуальное воспитание является обязательным, в рамках занятий среди учащихся 8-9 классов проходят мини-лекции и распространяются бесплатные средства контрацепции. В Норвегии данный вопрос разрешен при помощи телевиденья, создан мини-сериал из восьми глав, в которых объясняются наиболее важные аспекты этой стороны жизни человека – «Pubertet». Сериал доступен также в сети интернет, однако для просмотра необходимо подтвердить свой возраст.

4. Ряд авторов, в том числе отечественных, отмечает высокую эффективность профилактических мероприятий, организованных по принципу равный-равному [206, 210, 227, 230]. К преимуществам таких программ относятся: во-первых, учителя-сверстники лучше взрослых понимают и представляют окружающую социальную среду и вкусы обучаемых, в связи с этим им проще найти общий язык и войти в доверие; во-вторых, учителя-сверстники обучаются сами, тем самым в последующем обучая свое окружение; в-третьих, учителя-сверстники или иначе наставники проходят специальное обучение перед тем, как проводить подобные мероприятия, соответственно приобретают новые навыки, помимо повышения уровня информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем. Есть и недостатки у подобного рода организованных мероприятий: наставники не являются носителями академических знаний в данной области, степень авторитетного влияния на группу обучающихся может оказаться недостаточной, собственный малый жизненный опыт, неуверенность в себе, негативный жизненный опыт и многое другое могут повлиять на итоги данных мероприятий [216, 219]. Недостатки подобного подхода снижаются путем вовлечения в ряды наставников студентов медицинских ВУЗов (опыт зарубежных коллег) [206].

Однако, для того, чтобы рационально организовать мероприятия по первичной профилактике ИППП, необходимо обладать соответствующей



текущему времени информацией о факторах, способствующих распространению данных инфекций, и о силе влияния наиболее значимых из них, так как географический или участковый принцип организации профилактики эффективен в отношении лишь части ИППП, а именно гонореи и сифилиса, в научных публикациях, в свою очередь, чаще встречаются данные о возрастающем распространении хламидиозной и вирусных инфекций, передаваемых половым путем [207].

Сохраняющийся высокий уровень общей заболеваемости ИППП на территории Российской Федерации обусловлен воздействием целого ряда факторов:

- демографических (усиление гендерного дисбаланса, ускорение темпов урбанизации, рост числа одиноких лиц и др.);
- социально-культурных (изменение норм сексуального поведения, раннее начало половых взаимоотношений, увеличение числа половых партнеров, высокий процент измен, терпимость в отношении бисексуального или гомосексуального поведения, полигамия и промискуитет и др.);
- институциональных (отсутствие государственной системы сексуального образования, недостаточное внимание к досугу и воспитанию детей и подростков, снижение ценности брачных отношений, отсутствие ориентированности на вступление в брак, высокая доступность порнографической продукции в сети интернет и др.) [40, 65, 131, 137, 150, 153];
- медицинских (низкий уровень информированности об ИППП и о физиологических особенностях женского и/или мужского организма, средствах контрацепции, резистентность возбудителей ИППП к антибактериальным препаратам и др.) [69, 89, 158];
- экономических (усиление экономической и социальной дифференциации населения, маргинализация общества, рост числа социально

уязвимых групп населения, коммерциализация половых взаимоотношений и др.) [33, 35, 49, 76, 83, 143, 157, 158, 168, 187].

Согласно проведенному обзору научной литературы на момент начала исследования достоверно не было известно какова сила влияния каждого из перечисленных факторов. А значит было невозможно определить иерархию силы влияния данных факторов, в связи с этим затруднительной были и рациональная организация, и составление прогноза и, как следствие, оптимальное использование ресурсов здравоохранения при проведении мероприятий по первичной профилактике ИППП.

Не раз исследователи, как отечественные, так и зарубежные, предпринимали попытки к построению прогноза по развитию общей заболеваемости ИППП. Большинство из работ строится на ретроспективном анализе заболеваемости и последующем математическом построении гипотез. В литературе также встречаются разработки прогностических таблиц, при помощи которых рассчитывают степень вероятности рискованного полового поведения и риска возникновения и развития мужского бесплодия [115, 146]. Однако, комплексное изучение факторов риска возникновения и развития ИППП, таких как: социально-гигиенические, медико-биологические, поведенческие, а также уровень информированности, с последующим построением прогностической матрицы на основе полученных данных, не найдено.

В связи с этим оставалось затруднительным прогнозирование развития эпидемиологической обстановки, связанной с ИППП, в различном масштабе, что, в свою очередь, делало невозможным планирование целенаправленной профилактической и лечебно-диагностической деятельности в отношении данных патологических агентов.

Отдельно стоит отметить тот факт, что при разработке профилактических мероприятий исследователи, согласно изученной научной литературе, в основном опираются на результаты экспериментов и

практически не учитывают мнение целевой аудитории. Хотя, как известно, для необходимого объективного повышения уровня ответственного поведения человека следует проводить его информирование о факторах риска и возможных путях их преодоления. Для более эффективной реализации этого процесса важно четко представлять наиболее воспринимаемые населением пути и формы получения подготовленной информации [194, 199]. Это продиктовало необходимость осуществления дополнительного исследования среди молодежи, не отраженного в поставленных изначально задачах проведенной научно-исследовательской работы.

\*\*\*

Подведем итоги. В Российской Федерации на момент начала исследования, описанного в данной монографии, сложилась следующая ситуация в отношении инфекций, передаваемых половым путем:

- основной раздел работы дерматовенерологической службы по сбору статистических данных, а именно эпидемиологический надзор, осуществлялся недостаточно объективно, в результате чего часть случаев заболевания ИППП не выявлялась;

- отсутствовала информация о иерархии и силе влияния факторов, способствующих возникновению и развитию ИППП, что затрудняло проведение целенаправленных профилактических мероприятий и составление объективного прогноза;

- наблюдался рост распространенности вирусных ИППП;

- не были найдены данные о разработках и практическом применении программ по совершенствованию системы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, которые оптимизировали и систематизировали бы существовавшие механизмы или предлагали бы новые решения.

Проведенная исследовательская работа была направлена на изучение и решение этих проблем, было также изучено мнение молодежи по вопросам первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

## Глава 2 Материалы и методы

Исследование проведено в соответствии с задачами научной работы «Разработка мероприятий по совершенствованию первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи в крупном промышленном городе» на кафедре Общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом медицинской информатики ФГБОУ ВО Казанского ГМУ Минздрава России.

В работе использованы принципы комплексных исследований образа жизни и здоровья, соблюдались требования, предъявляемые к социологическим исследованиям [54, 55, 60, 104, 163, 189, 197, 198].

Объектом исследования являлась система первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в Российской Федерации.

К предмету исследования были отнесены: уровень, структура и динамика заболеваемости ИППП; отечественные и зарубежные программы профилактики ИППП и их восприятие целевой аудиторией; факторы, способствующие заражению данными инфекциями.

За единицы наблюдения в зависимости от этапа научно-исследовательской работы принимались: научные публикации; нормативно-правовые и методические документы; официальные отчетные медицинские документы; специально разработанные карты опроса (карта изучения социально-гигиенического статуса респондента, включившая в себя раздел по изучению мнения молодежи по вопросам проведения первичной профилактики ИППП; карта изучения уровня информированности по вопросам ИППП среди обучающихся общеобразовательных организаций; печатная версия матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП среди молодежи).

Программа исследования представлена ниже на рисунке 1.

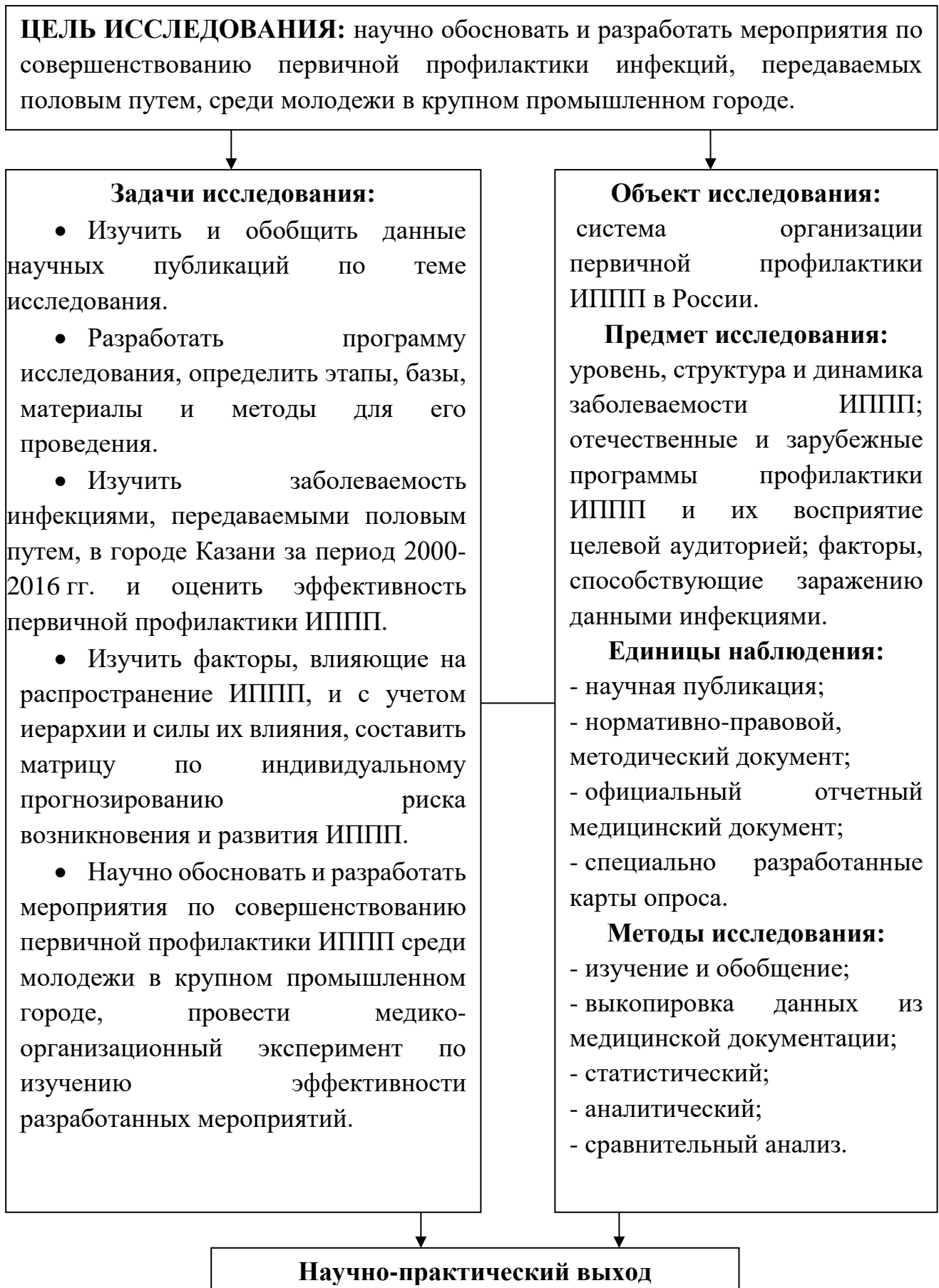


Рисунок 1 Программа исследования

Ниже представлены этапы осуществления научно-исследовательской работы.

**На первом этапе (2014 г.):**

□ Изучены и обобщены данные научных публикаций по теме исследования, которые представлены выше в предыдущей главе монографии. Определены основные тенденции развития заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, на территории Российской Федерации, место первичной профилактики в отношении данных инфекций в системе отечественного здравоохранения. Выявлены различные по своей природе факторы, способствующие возникновению и развитию рассматриваемых инфекций. Обобщен опыт отечественных и зарубежных программ профилактики, выделены преимущества и обозначены недостатки.

□ Составлены план, программа сбора, разработки и анализа материала, определены базы исследования, адаптирован и применен в работе понятийный аппарат (перечень дефиниций), выбран статистический инструментарий.

**На втором этапе (2014-2015 гг.):**

□ Изучена динамика заболеваемости инфекций, передаваемых половым путем, в городе Казани за период 2000-2014 гг.

За единицу наблюдения приняты официальные отчетные медицинские документы:

– учетная форма дерматовенерологической службы РФ N 089/У-КВ «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенетальными бородавками (ВПЧ), микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки»;

– отчетная форма государственного федерального статистического наблюдения N 9 "Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой".

Была произведена сплошная одномоментная выкопировка данных за период 2000-2014 гг. при содействии Государственных автономных учреждений здравоохранения Республиканский клинический кожновенерологический диспансер и Республиканский медицинский информационно-аналитический центр (ГАУЗ РККВД и ГАУЗ РМИАЦ).

Произведена группировка данных о случаях зарегистрированных заболеваний, обусловленных ИППП, согласно полу и возрасту заболевших в городе Казани за период 2000 – 2014 гг. в комбинационные таблицы. Среднегодовая численность населения города Казани сведена в аналогичные комбинационные таблицы за тот же период времени. На основании этого произведена сводка и вычислены показатели заболеваемости, определены изменения в ее структуре. Составлены динамические ряды. Применен метод наименьших квадратов для выравнивания показателей тех динамических рядов, у которых уровни ряда имеют выраженные колебания, что затрудняет составление представления о тенденции их развития. Для наглядной демонстрации построены графические изображения.

□ В ходе проведения исследования был отмечен ряд недостатков существующей системы регистрации изучаемых инфекций, в связи с этим дополнительно проведено изучение эпидемиологического надзора за ИППП в Российской Федерации. Материалами послужили научные публикации за период 2000 – 2014 гг.; нормативно-правовые и методические документы, касающиеся данной темы. Была произведена сплошная единовременная выкопировка данных, их изучение и обобщение, а также статистический и математический анализ с использованием следующих формул:

$$t = \frac{P_1 - P_2}{\sqrt{m^2 P_1 + m^2 P_2}} \text{ (критерий достоверности),}$$

где  $m = \sqrt{\frac{Pq}{n}}$ ,  $q = 100000 - P$ , так как  $P$  для ИППП рассчитывается на сто

тысяч;

$P_1, P_2$  – относительные показатели;



$m^2_{p1}$ ,  $m^2_{p2}$  – ошибки соответствующих относительных показателей.

□ Была осуществлена попытка комплексной оценки эффективности проводимой на момент исследования первичной профилактики ИППП на территории города Казани. Материалами служили научные публикации за период 2000 – 2014 гг.; нормативно-правовые и методические документы. Была произведена сплошная одномоментная выкопировка данных.

Разработка и анализ собранного материала не позволили произвести комплексную оценку эффективности проводимой на момент исследования первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, так как критериев оценки ее эффективности для этого оказалось недостаточно [102]. Выявлен всего один существующий критерий оценки эффективности данных мероприятий – уровень заболеваемости, в связи с этим отмечено, что необходимо предложить дополнительные критерии.

#### **На третьем этапе (2015 г.):**

□ Изучены факторы, влияющие на возникновение и развитие инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи в крупном промышленном городе.

Материалом служила специально для этого разработанная карта опроса по изучению социально-гигиенического статуса респондента, которая представлена в приложении №2.

Карта опроса составлена на основании обзора научной литературы по поводу факторов, способствующих возникновению и развитию ИППП, и методологий опроса населения [104, 109, 213, 215, 218, 231]. Состоит из 76 вопросов различного типа, объединенных в 5 групп:

1. Социальная характеристика респондента;
2. Социальное поведение респондента;
3. Информированность респондента по вопросам ИППП (расчет данного показателя представлен в приложение №2);
4. Половое поведение респондента;

## 5. Мнение респондентов по вопросам проведения первичной профилактики ИППП.

Первые 4 группы включают в себя 49 вопросов, предназначенных для изучения факторов, способствующих заражению данными инфекциями среди целевой аудитории.

Определение объема выборочной совокупности произведено по общепринятой формуле:

$$n = t^2 pqN / (\Delta^2 N \pm pqt^2), \text{ где}$$

$n$  – численность выборочной совокупности;

$N$  – численность генеральной совокупности (количество молодежи – 285727 человек);

$p$  – изучаемый относительный показатель вероятности этого события (количество случаев установленного диагноза ИППП в группе 15-29 лет – 4233 или 1,48%);

$q$  – вероятность отсутствия этого события ( $1-p$ );

$t$  – коэффициент достоверности;

$\Delta$  – предельная ошибка выборки.

Величина коэффициента достоверности в данном исследовании выбрана 2, это означает, что вероятность отражения выборкой данных генеральной совокупности составляет 0,954. Величина предельной ошибки составляет 5% [128].

В исследование включено 2 группы респондентов:

*1-я группа (основная группа):* пациенты с установленным диагнозом ИППП.

*2-я группа (группа сравнения):* люди, не имеющие в анамнезе заболевания, обусловленного ИППП.

Параметры отбора:

1. Проживание в городе Казань;
2. Возраст от 15 до 29 лет включительно;

3. Процентное распределение респондентов в возрастных подгруппах (15-17; 18-19; 20-24; 25-29) соответствует процентному распределению пациентов с диагностированными ИППП в данных подгруппах в городе Казань в 2014 г.;
4. Процентное соотношение мужчин и женщин в каждой группе соответствует процентному соотношению пациентов мужского и женского пола с диагностированными ИППП в 2014 году;
5. Наличие или отсутствие в анамнезе ИППП – группирующий параметр.

Анкетирование проводилось в течении первого полугодия 2015 года. Собрано 2300 карт, по итогам проведенного контроля для дальнейшего анализа оставлено 2145 карт, 155 карт оказались недостаточно информативны.

Все респонденты, у которых были диагностированы ИППП, заполняли анкеты после предварительной беседы с врачом о текущем исследовании, об анонимности их участия и о том, что такое профилактическая деятельность. Исследование среди пациентов проводилось на базе ГАУЗ РККВД и 3-х медицинских организаций города Казани частной формы собственности.

Исследование здоровых респондентов проводилось среди жителей города Казани, случайным образом в местах скопления молодежи специально подготовленными людьми. Респонденты заполняли анкеты после предварительно проведенной беседы о текущем исследовании, об анонимности их участия и о том, что такое профилактическая деятельность.

Материалы исследования были подвергнуты статистической обработке с использованием методов параметрического и непараметрического анализа в зависимости от результатов проверки изучаемых параметров обеих выборочных совокупностей на соответствие нормальному распределению (для этого был применен тест Колмогорова-Смирнова) [133, 186]. Накопление, корректировка, систематизация исходной информации и визуализация полученных результатов, а также статистический анализ, осуществили с

использованием программы IBM SPSS Statistic и пакета приложений Microsoft office.

Каждая из сравниваемых совокупностей (респонденты у которых диагностированы ИППП, и здоровые респонденты) оценивалась на предмет соответствия распределения каждого изучаемого количественного признака закону нормального распределения, для этого был применен тест Колмогорова-Смирнова. В случае близкого к нормальному распределения и равенности дисперсий (критерий Левина) количественных признаков в обеих совокупностях способом оценки статистической значимости различий между ними служил t-критерий Стьюдента. В случаях, когда распределение признака хотя бы в одной из совокупностей не являлось нормальным, для сравнения использовались методы непараметрического анализа с применением U-критерия Манна-Уитни.

При анализе количественных признаков полученные нами данные, исходя из принадлежности к определенной группе респондентов, объединялись в вариационные ряды, в которых проводился расчет средних величин и параметров ряда. Также, в отношении количественных признаков, рассчитаны относительные величины. Составлены таблицы и построены графические изображения необходимые для наглядного представления полученной информации.

U-критерий Манна-Уитни использовался для сравнения независимых совокупностей (для сравнения порядковых данных группы респондентов с диагностированным ИППП, и группы здоровых респондентов), в связи с существенным отклонением от нормального распределения данных. Для этого составляли единый ранжированный ряд из обеих сопоставляемых выборок, расставив их элементы по степени нарастания признака и приписав меньшему значению меньший ранг. Затем разделяли единый ранжированный ряд на два, состоящие соответственно из единиц первой и второй выборок, в каждом из которых отдельно подсчитывали сумму рангов. После этого рассчитывали

значение U-критерия Манна-Уитни по формуле:

$$U = n_1 \cdot n_2 + \frac{n_x \cdot (n_x + 1)}{2} - T_x,$$

где  $n_1$  – количество элементов в первой выборке,  $n_2$  – количество элементов во второй выборке,  $n_x$  – количество элементов в большей выборке,  $T_x$  – сумма рангов в большей выборке. Рассчитанные значения U-критерия Манна-Уитни оценивались путем сравнения с табличными данными: в том случае, если рассчитанное значение U-критерия Манна-Уитни было равно или меньше критического, признавалась статистическая значимость различий.

В основе статистической обработки данных лежало сравнение групп пациентов по частоте исходов (наличие или отсутствие диагностированного ИППП) в зависимости от наличия определенных признаков (факторов). Для расчета статистических критериев результаты нашего исследования сводились в таблицы сопряженности (таблица 1).

**Таблица 1 – Пример составления таблицы сопряженности**

	Наличие заболевания, обусловленного ИППП (2)	Отсутствие заболевания, обусловленного ИППП (1)	Всего
Признак 1 (1)	A	B	A+B
Признак 2 (2)	C	D	C+D
Всего	A+C	B+D	A+B+C+D

Сравнение групп проводилось при помощи критерия  $\chi^2$  Пирсона, позволяющего оценить значимость различий между фактическим (выявленным в результате исследования) количеством исходов или качественных характеристик выборки, попадающих в каждую категорию, и теоретическим количеством, которое можно ожидать в изучаемых группах при справедливости нулевой гипотезы (Гржибовский А.М., 2008).

Вначале рассчитывалось ожидаемое количество наблюдений в каждой из ячеек таблицы сопряженности при условии справедливости нулевой гипотезы об отсутствии взаимосвязи. Для этого перемножались суммы рядов

и столбцов (маргинальных итогов) с последующим делением полученного произведения на общее число наблюдений.

Затем рассчитывалось значение критерия  $\chi^2$  по формуле:

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(O_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}},$$

где  $i$  – номер строки (от 1 до  $r$ ),  $j$  – номер столбца

(от 1 до  $c$ )  $O_{ij}$  – фактическое количество наблюдений в ячейке  $ij$ ,  $E_{ij}$  – ожидаемое число наблюдений в ячейке  $ij$ .

Затем значение критерия  $\chi^2$  сравнивалось с критическими значениями для  $(r - 1) \times (c - 1)$  числа степеней свободы по таблице. В том случае, если полученное значение критерия  $\chi^2$  превышало критическое, делался вывод о наличии статистической взаимосвязи между изучаемым фактором риска и исходом при соответствующем уровне значимости.

В случае анализа четырехпольных таблиц, нами рассчитывался критерий  $\chi^2$  с поправкой Йетса, позволяющей уменьшить вероятность ошибки первого типа, то есть обнаружения различий там, где их нет (Гланц С., 1999).

Поправка Йетса заключается в вычитании 0,5 из абсолютного значения разности между фактическим и ожидаемым количеством наблюдений в

каждой ячейке, что ведет к уменьшению величины критерия  $\chi^2$ :

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^r \sum_{j=1}^c \frac{(|O_{ij} - E_{ij}| - 0,5)^2}{E_{ij}}.$$

Вышеописанные методы позволили выявить параметры, которые статистически значимо различаются в сравниваемых группах здоровых респондентов и респондентов, перенесших ИППП.

Для определения силы связи между изучаемыми факторами в данном исследовании использован коэффициент корреляции Спирмена, в связи с результатами проведенного теста Колмогорова-Смирнова (распределение большинства изучаемых признаков в отобранных совокупностях не является нормальным).

При вычислении коэффициента корреляции Спирмена использованы соответствующие числам ряда заранее заданные ранги.

Методика вычисления:

Задано два ряда:  $x = (x_1, x_2 \dots x_n)$ ;  $y = (y_1, y_2 \dots y_n)$

Формула вычисления коэффициента корреляции Спирмена:

$$\rho = 1 - \frac{6}{n(n-1)(n+1)} \sum_{i=1}^n (R_i - S_i)^2,$$

где  $R_i$  - ранг наблюдения  $x_i$  в ряду "x",  $S_i$  - ранг наблюдения  $y_i$  в ряду "y".

Коэффициент «р» принимает значения из отрезка [-1:1]. Равенство  $\rho = 1$  указывает на строгую прямую линейную зависимость, и с другой стороны,  $\rho = -1$  указывает на обратную зависимость.

Для выявления наиболее весомых факторов, способствовавших заражению инфекциями, передаваемыми половым путем, произведен расчет частоты воздействия изучаемых факторов на каждую группу респондентов, который произведен отдельно методом отношения шансов.

Отношение шансов (OR, oddsratio) — статистический показатель, позволяющий сравнивать частоту воздействия факторов в эпидемиологических исследованиях. Отношение шансов является ретроспективным сравнением влияния определенного фактора на две группы. Другими словами, отношение шансов – это отношение числа случаев, в которых событие наступило, к числу случаев, в которых оно не наступило.

Расчёт отношения шансов производился по следующему алгоритму:

1. Для расчета отношения шансов должны быть соблюдены следующие условия: фактор риска кодируется биномиальной переменной; группы сравнения только две (первая группа, в которой присутствует исход – респонденты, перенесшие ИППП, вторая группа, в которой отсутствует исход – здоровые респонденты).

2. Построение таблицы сопряжённости. Условия: в первой строке располагается группа, в которой присутствует исход (респонденты, перенесшие ИППП), а в первом столбце — фактор, положительно влияющий на возникновение данного исхода, или, другими словами, фактор риска (Таблица 2).

**Таблица 2 – Пример построения таблицы для расчета отношения шансов.**

	Фактор риска		Всего
	Есть	Отсутствует	
Респонденты, перенесшие ИППП	A	B	A+B
Здоровые респонденты	C	D	C+D
Всего	A+C	B+D	A+B+C+D

3.  $OR = (A/B)/(C/D) = (A \times D)/(B \times C)$  – формула для определения отношения шансов (OR).

4. Расчет OR (воздействия фактора риска) является хорошим инструментом, но поскольку он основан на выборке, то он является не более чем оценкой. Точность этой оценки зависит от размера выборки, и, в целом, чем больше выборка, тем правдоподобнее оценка. По этой причине кроме расчёта OR необходимо вычислить стандартное отклонение (SE) с доверительным интервалом ( $p$ ) 95%.

Для достоверной интерпретации результатов отношения шансов предполагаемый фактор риска является значимым (т. е. с большой вероятностью вызовет наступление события, в данном исследовании – возникновение и развитие ИППП), только если OR больше единицы. Следует иметь в виду, что само по себе значение OR нечувствительно к размеру выборки, однако от размера выборки зависит размер стандартного отклонения.

Перед началом расчета отношения шансов все параметры, кодирующие различные факторы, влияющие на развитие и возникновение ИППП,



логически сгруппированы и представлены в виде биномиальных переменных.

В результате логического преобразования одна переменная не сохранила своих свойств – «Совместное проживание», в связи с этим она исключена из дальнейшего анализа.

Среди всех факторов, влияющих на возникновение и развитие ИППП, согласно результатам расчета отношения шансов, выявлено 18 наиболее весомых. Которые были разделены на прямые (8) и косвенные (10), согласно силе их медико-биологического и социально-психологического воздействия на респондента.

Составлена матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем, при помощи бинарной логистической регрессии.

Бинарная логистическая регрессия — это статистическая модель, используемая для предсказания вероятности возникновения некоторого события путём подгонки данных к логистической кривой. Для этого вводится так называемая зависимая переменная  $y$ , принимающая лишь одно из двух значений — как правило, это числа 0 (событие не произошло – респондент здоров) и 1 (событие произошло – возникновение и развитие ИППП у респондента), и множество независимых переменных (также называемых признаками, предикторами или регрессорами) —  $X_1, X_2, \dots, X_n$ , на основе значений которых требуется вычислить вероятность принятия того или иного значения зависимой переменной.

Независимые переменные (наиболее значимые факторы риска) отобраны заранее при помощи метода оценки шансов среди факторов, оказывающих влияние на развитие и возникновение ИППП по данным исследования. При этом, бинарная логистическая регрессия рассчитана по методу исключения Вальд, то есть, изначально в формулу расчета включены все наиболее значимые факторы риска, а в результате из состава модели

последовательно исключены факторы, значение которых не влияет на исход расчета.

$$\text{Логистическая функция: } p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

Где  $z = A + (B1 * X1) + (B2 * X2) \dots + (B18 * X18)$ , «X» – значение независимых переменных (факторов риска), «B» – стандартизованные коэффициенты, которые рассчитаны при помощи бинарной логистической регрессии, «A» – некоторая Константа, «e» - основание натурального логарифма (равное примерно 2,718282).

Также введено пороговое значение, которое равно 0,5 (от 0 до 0,5 – наступление события маловероятно, от 0,5 до 1 – высокая вероятность наступления события).

Рассчитанное уравнение является основанием, на котором составлена матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП.

Полученные стандартизованные коэффициенты в рассчитанном уравнении приведены к единой шкале размерности (от 0 до 1), путем математического преобразования исходных данных, что позволило определить силу и иерархию влияния каждого включенного в итоговую прогностическую модель фактора риска [200].

Прогностическая модель была рассчитана на основании данных, полученных в результате исследования 2300 карт опроса, заполненных здоровыми респондентами и респондентами, перенесшими ИППП, в городе Казани в 2015 г. Из 2145 карт опроса, оставленных для статистического анализа, для построения модели была случайным образом отобрана тысяча анкет. Программа SPSS автоматически определила диагностическую эффективность, специфичность и чувствительность построенной модели. Независимо от этого нами была самостоятельно проведена кросс-проверка

данной прогностической модели по материалам оставшихся 1145 карт опроса. Для этого дополнительно была использована программа Microsoft Excel.

**На четвертом этапе (2015-2016 гг.):**

□ Научно обоснованы и разработаны мероприятия по совершенствованию первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи в крупном промышленном городе, и проведен медико-организационный эксперимент по изучению их эффективности.

Для разработки мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП был необходим учет мнения целевой аудитории. Для этого использована 5 группа вопросов в карте опроса (вторая половина карты опроса состояла из 27 вопросов) – мнение респондентов по вопросам проведения первичной профилактики ИППП.

Проведены тест Колмогорова-Смирнова для оценки распределения изучаемых количественных признаков в двух совокупностях респондентов, сопоставлены дисперсии в двух сравниваемых группах, произведены группировка и сводка. Рассчитаны средние величины. Составлены таблицы сопряженности. Определена достоверность разницы ответов в двух группах респондентов при помощи критериев Манна-Уитни и  $\chi^2$  Пирсона. Проведена корреляция. Составлены таблицы с частотами и процентами распределения ответов. Проведено сравнение долей положительных ответов в группах вопросов. Для наглядности представлены столбиковые диаграммы.

В процессе изучения мнения молодежи по вопросам проведения первичной профилактики ИППП результаты статистического анализа потребовали дополнительные сведения. В связи с этим, была произведена выкопировка данных:

- о количестве обучающихся по параллелям во всех школах города Казани на начало 2015-2016 учебного года из форм государственной статистики Министерства образования и науки Республики Татарстан;

- о возрастной структуре проживающих в городе Казани на 2015 год из базы данных Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан.

И проведено исследование по изучению возрастной структуры обучающихся в 8-9 классах. Для этого случайным образом отобрано 7 школ, то есть по одной школе из каждого района города. Определены средние возраста обучающихся в определенной параллели в каждой школе и во всех семи школах вместе. Произведены сравнительный и корреляционный анализы с данными официальной статистики о количестве обучающихся по параллелям и возрастной структуре проживающих в городе Казани.

Составлены таблицы необходимые для наглядного представления полученной информации.

На основании полученных в ходе данного исследования результатов проведены научное обоснование и разработка мероприятий по совершенствованию системы первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе на примере города Казани.

Для оценки эффективности предложенного комплекса мероприятий разработаны два критерия:

1. Информированность по вопросам ИППП. При разработке данного критерия был использован метод Терстоуна (Ю.Н. Толстова Измерения в социологии: Курс лекций. – М.: ИНФРА-М. – 1998. – 224 с.). Первым этапом отработали несколько аксиом относительно ИППП. Далее эти суждения были оценены врачами дерматовенерологами. Врачи присуждали бал каждому суждению от 0 до 10, в зависимости от того насколько то, или иное суждению, по их мнению, важно знать рядовому члену общества, чтобы избежать заражения ИППП, быть достаточно осведомленным по данному вопросу и как действовать в случае подозрения на возникновение у респондента половых инфекций. В результате чего каждому суждению был присвоен бал равный средней арифметической оценок врачей. Далее все эти аксиомы разбили на

вопросы и в зависимости от их степени важности, по мнению врачей, присвоили соответствующие баллы за ответы. Максимальное количество баллов составило 100, минимальное 0. Показателем данного критерия является точный процент для респондента и уровень информированности по вопросам ИППП для группы лиц, рассчитываемый как средняя величина.

2. Риск возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем. Показателем данного критерия является наличие или отсутствие риска для респондента. Для группы лиц рассчитывается следующим образом: количество респондентов у которых присутствует риск возникновения и развития ИППП делим на количество всех опрошенных респондентов умножаем на 100%.

□ Научно обоснованный и разработанный комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе апробирован в ходе медико-организационного эксперимента, результаты которого представлены в пятой главе монографии.

Согласно распределению респондентов по признаку «Занятость» выделено четыре основные группы молодежи: обучающиеся в средних общеобразовательных организациях, получающие образование по очной форме в средних специальных и высших учебных заведениях, работающая молодежь и те, кто не учится и не работает. В связи с этим для эксперимента были отобраны четыре общеобразовательные организации, стоящие рядом в рейтинге города Казани на начало 2015-2016 учебного года, и принято участие в проведении трех медицинских осмотров: 1. среди обучающихся по очной форме в среднем специальном учебном заведении; 2. среди обучающихся по очной форме в высшем учебном заведении; 3. среди рабочей молодежи.

До начала проведения медико-организационного эксперимента среди респондентов, не достигших совершеннолетия, были проведены предварительные родительские собрания, где заинтересованные семьи

пописывали информированные согласия. Только на основании информированных согласий проводилась работа с несовершеннолетними.

План проведения первой части медико-организационного эксперимента среди обучающихся общеобразовательных организаций представлен ниже:

Этап 1. Во всех отобранных школах проводилось анкетирование на определение исходного уровня информированности респондентов по вопросам ИППП.

Этап 2. Эксперимент был проведен среди учеников двух школ (экспериментальная группа). По окончании эксперимента обучающиеся заполнили анкеты на определение уровня информированности после проведенных мероприятий по вопросам ИППП.

Этап 3. Спустя 5 месяцев проведено анкетирование среди учеников двух школ, где был проведен эксперимент (экспериментальная группа), на определение выживаемости полученных знаний, и среди учеников двух школ, где эксперимент не проводился (контрольная группа), на выявление изменений уровня информированности по вопросам ИППП независимо от нашего воздействия.

План проведения второй части медико-организационного эксперимента среди обучающихся по очной форме в средних специальных и высших учебных заведениях, и работающей молодежи:

Этап 1. Набор добровольцев. Для проведения данной части медико-организационного эксперимента принято решение набрать по 40 добровольцев из каждой группы занятости задействованной в данной части эксперимента, то есть всего 120 респондентов (40 – обучающиеся в среднем специальном учебном заведении, 40 – обучающиеся в высшем учебном заведении, 40 – из числа рабочей молодежи) [197].

Этап 2. Определение индивидуального риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем, среди набранных добровольцев при помощи печатных версий матрицы.

Этап 3. Действия на данном этапе зависели от рассчитанного индивидуального риска возникновения и развития ИППП, если риск присутствовал, проводилось индивидуальное консультирование по не ясным для респондента вопросам относительно ИППП и рекомендовалось записаться на профилактический прием к врачу дерматовенерологу по месту жительства, если риск отсутствовал никаких дополнительных действий не предпринималось.

Этап 4. Заполнение матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП добровольцами спустя 6 месяцев;

Этап 5. Повторное определение индивидуального риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем, среди набранных добровольцев при помощи печатных версий матрицы. Расчет уровня риска возникновения и развития ИППП до мероприятий и после мероприятий в данной выборке.

Проведен тест Колмогорова-Смирнова. Распределение полученных данных близко к нормальному, дисперсии в сравниваемых совокупностях равны, соответственно, дальнейшее исследование проведено с помощью параметрических методов статистического анализа.

На 1, 2 и 3 этапах первой части медико-организационного эксперимента среди обучающихся общеобразовательных организаций группы контрольную и экспериментальную сравнивали на наличие статистически значимых различий по наблюдаемым признакам используя ранее описанные методы (Критерий Стьюдента для связанных и для несвязанных групп), а также на этих же этапах провели сравнение полученных результатов анкетирования до проведения мероприятия, после и спустя определенное время в экспериментальной группе, с целью определения эффективности мероприятий и выживаемости знаний.

Во второй части медико-организационного эксперимента было проведено сравнение результатов расчета уровня риска возникновения и

развития ИППП среди добровольцев до проведения профилактических мероприятий и спустя примерно 6 месяцев после этого.

Составлены таблицы и построены графические изображения необходимые для наглядного представления полученной информации.

**На пятом этапе (2016-2017 гг.):**

□ Увеличен временной период, собран дополнительный материал и включены данные за 2015 и 2016 год, произведены необходимые расчеты аналогично второму этапу и представлены результаты изучения заболеваемости ИППП в городе Казани за период 2000-2016 гг.

□ Произведено оформление научно-исследовательской работы и внедрение полученных результатов в практическое здравоохранение.

Составлены методические рекомендации «Организация медико-социальной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи» и «Практическое применение матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем», которые были согласованы и утверждены Министром здравоохранения Республики Татарстан.

Проведена подпрограмма «Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди обучающихся восьмых классов общеобразовательных организаций» в рамках программы «Первичная профилактика наиболее распространённых заболеваний среди обучающихся общеобразовательных учреждений» под эгидой «Общества специалистов профилактической медицины» совместно с ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России и ГАУЗ РККВД.



## 2.1 Характеристика баз исследования

Территорией исследования стал город Казань – столица Республики Татарстан, крупнейший город Поволжского экономического района Российской Федерации. Территория города разделена на семь административно-территориальных районов. Вокруг Казани сложилась компактная пространственная группировка поселений, составляющих одну из крупнейших городских агломераций РФ. Начиная с 2002 года численность населения постепенно возрастает (таблица 5). Казань является одной из самых многонациональных территорий России: представители свыше 115 национальностей проживают на территории города. Двумя крупнейшими национальностями в Казани являются русские (48,6 % или 554,5 тыс. чел. по переписи населения 2010 года) и татары (47,6 % или 542,2 тыс. чел.). Здесь тесно переплетаются две религии: ислам суннитского толка и православное христианство. Среднее образование города представлено более 168 школами, в том числе 43 гимназиями и 13 лицеями. Систему профессионального образования города составляют ряд учреждений среднего профессионального образования: 28 профессионально-технических училищ, 15 техникумов и 10 средних специальных училищ. В городе действует более 40 высших учебных заведений, в которых получает образование более 140 тыс. студентов. На территории диссертационного исследования проживает более 260000 человек в возрасте от 15 до 29 лет включительно. На территории города располагается Государственное автономное учреждение здравоохранения «Республиканский клинический кожновенерологический диспансер» - единственное государственное специализированное медицинское учреждение республиканского уровня, предоставляющее полный комплекс услуг в области диагностики и лечения кожных и венерических заболеваний.

**Таблица 5 – Половозрастная структура среднегодовой численности населения г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	94263,5	89791,5	<b>184055</b>	24688	24698	<b>49386</b>	92537	99897,5	<b>192434,5</b>
2001	90496	86120	<b>176616</b>	25844	25321	<b>51165</b>	91105	101197	<b>192302</b>
2002	86866	82424	<b>169290</b>	26506	25923	<b>52428</b>	92195	102590	<b>194783,5</b>
2003	83860	80364	<b>164224</b>	29118	28509	<b>57627</b>	105931	118114,5	<b>224045,5</b>
2004	80855	77382	<b>158237</b>	27889	27269	<b>55158</b>	109224,5	121920,5	<b>231145</b>
2005	78407,5	75004	<b>153411,5</b>	26555	26135	<b>52690</b>	111953	125345	<b>237298</b>
2006	76847,5	73470,5	<b>150318</b>	24533	24189,5	<b>48722,5</b>	114167,5	127930,5	<b>242098</b>
2007	76403	72958	<b>149361</b>	22088	21781,5	<b>43869,5</b>	115859,5	129466,5	<b>245326</b>
2008	77356	73815,5	<b>151171,5</b>	19656,5	19170,5	<b>38827</b>	117268	130114	<b>247382</b>
2009	79106,5	75496	<b>154602,5</b>	17822	17179,5	<b>35001,5</b>	117556	128909,5	<b>246465,5</b>
2010	80547	76371	<b>156918</b>	17419,5	16863	<b>34282,5</b>	121141	133155	<b>254296</b>
2011	83259	78427	<b>161686</b>	16889,5	16433,5	<b>33323</b>	125346	138922	<b>264268</b>
2012	87840	82659	<b>170499</b>	15653,5	15245,5	<b>30899</b>	125077	138511	<b>263588</b>
2013	90301	84897	<b>175198</b>	15204	14863	<b>30067</b>	124525	137818	<b>262343</b>
2014	95208	89450	<b>184658</b>	15230	14661	<b>29891</b>	108944	122317	<b>231261</b>
2015	100 527	94 519	195 046	15 305	14 637	29 942	116 905	131 210	248 115
2016	106 107	100 214	206 321	15 323	14 450	29 773	111 306	125 360	236 666
Возраст	30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
Год\пол	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	86082	83013,5	<b>169095,5</b>	201433	294591,5	<b>496024,5</b>	499003,5	591992	<b>1090996</b>
2001	86134	80793	<b>166927</b>	204206	298683	<b>502889</b>	497784,5	592114	<b>1089899</b>
2002	84732	79414	<b>164146</b>	206627	302438	<b>509065</b>	496924	592788	<b>1089712</b>
2003	71500	79536	<b>151036</b>	203986	305545,5	<b>509531,5</b>	494395	612069	<b>1106464</b>
2004	71412	79105	<b>150517</b>	204967,5	308448	<b>513415,5</b>	494348	614124,5	<b>1108473</b>
2005	71995	79537,5	<b>151532,5</b>	205526,5	310889	<b>516415,5</b>	494437	616910,5	<b>1111348</b>
2006	72963,5	80548,5	<b>153512</b>	206267	313415,5	<b>519682,5</b>	494778,5	619554,5	<b>1114333</b>
2007	74314	82166	<b>156480</b>	207232,5	315846,5	<b>523079</b>	495897	622218,5	<b>1118116</b>
2008	76388,5	84655	<b>161043,5</b>	208619	318434,5	<b>527053,5</b>	499288	626189,5	<b>1125478</b>
2009	78778	87609	<b>166387</b>	210226	320959	<b>531185</b>	503488,5	630153	<b>1133642</b>
2010	79242	87799	<b>167041</b>	208764	319693,5	<b>528457,5</b>	507113,5	633881,5	<b>1140995</b>
2011	80065,5	87830,5	<b>167896</b>	207545	318648	<b>526193</b>	513105	640261	<b>1153366</b>
2012	82903,5	90516	<b>173419,5</b>	209222,5	321119,5	<b>530342</b>	520696,5	648051	<b>1168748</b>
2013	84281	91885	<b>176166</b>	210024	322389	<b>532413</b>	524335	651852	<b>1176187</b>
2014	88005	96029	<b>184034</b>	224121	336885	<b>561006</b>	531508	659342	<b>1190850</b>
2015	91 767	100 467	192 234	213 372	326 942	540 314	<b>537 876</b>	<b>667 775</b>	<b>1 205 651</b>
2016	95146	104691	199837	214868	329500	544368	<b>542 750</b>	<b>674 215</b>	<b>1 216 965</b>

В структуру ГАУЗ «Республиканский клинический кожно-венерологический диспансер» входят поликлинические и стационарные отделения, кабинеты профилактических медицинских осмотров, лечебно-диагностические кабинеты (платные, анонимные), централизованная серологическая лаборатория. Филиалы учреждения расположены во всех районах города.

Часть материала, анализируемого в исследовании, была предоставлена Республиканским клиническим кожно-венерологическим диспансером. При содействии администрации и кабинета профилактики данного учреждения были организованы разработанные по итогам научно-исследовательской работы мероприятия.

На территории города функционирует Государственное автономное учреждение здравоохранения "Республиканский медицинский информационно-аналитический центр", основным видом деятельности которого является - деятельность по созданию и использованию баз данных и информационных ресурсов. Данное учреждение тесно взаимодействует с Министерством здравоохранения Республики Татарстан и всеми подведомственными ему организациями. Часть материала, анализируемого в диссертационной работе, была получена при содействии с данным учреждением.

На территории города функционирует более 500 медицинских организаций различного профиля и форм собственности. Более 100 из них, в том числе ГАУЗ РККВД, имеет лицензию на осуществление медицинской деятельности по профилю «дерматовенерология». В связи с этим было заключено соглашение с тремя медицинскими организациям частной формы собственности, осуществляющими медицинскую помощь по обозначенному профилю на возмездной основе, о содействии при проведении социально-гигиенического исследования факторов, способствующих заражению ИППП, среди молодежи.

Общеобразовательные организации, отобранные для исследования возрастной структуры обучающихся в 8-9 классах: Муниципальное бюджетное общеобразовательное учреждение «Гимназия №122 имени Ж.А. Зайцевой» Московского района; МБОУ «Гимназия №28» Вахитовского района; Муниципальное автономное общеобразовательное учреждение «Гимназия №139» Приволжского района; МБОУ «Средняя общеобразовательная школа №117» Авиастроительного района; МБОУ «Гимназия №126» Советского района; МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 9 с углубленным изучением английского языка» Ново-Савиновского района; МБОУ "Средняя общеобразовательная школа № 70 с углубленным изучением отдельных предметов" Кировского района.

Общеобразовательными организациями, где были реализованы разработанные по итогам данной научно-исследовательской работы мероприятия, являются: МБОУ "Средняя общеобразовательная школа №179 с углубленным изучением отдельных предметов" Ново-Савиновского района; МБОУ «Лицей №116 им. М.И. Махмутова» Вахитовского района; МАОУ «Гимназия №139» Приволжского района.

## 2.2 Перечень дефиниций

**«Заболеваемость ИППП»** и **«распространенность ИППП»** характеризуют частоту зарегистрированных в течение года случаев с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонококковой инфекции, хламидийных инфекций, трихомоноза, урогенитальной герпетической вирусной инфекции, аногенитальных (венерических) бородавок, согласно приказу Минздрава России от 12 августа 2003 года №403 «Об утверждении и введении в действие учетной формы №089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонорей, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки».

**Инфекции, передаваемые половым путем.** Согласно международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) к инфекциям, передающимся преимущественно половым путем, то есть к ИППП, относятся: бледная трепонема, гонококки, хламидии, влагалищная трихомонада, ВПЧ и герпес [84]. Для объективной оценки уровня общей заболеваемости ИППП в Российской Федерации ведется сбор статистических данных, и формируются формы государственной статистической отчетности по оказанию дерматовенерологической помощи населению [3, 4, 8, 11, 71]. Используемые при этом формы учета и отчетности фиксируют следующие шесть ИППП: бледная трепонема, гонококки, хламидии, влагалищная трихомонада, ВПЧ и герпес [8]. В связи со спецификой работы органов государственной статистики РФ и последним пересмотром международной классификации болезней далее по тексту при использовании термина «инфекции, передаваемые половым путем» будут иметься в виду именно эти шесть инфекций [8, 85].

**Крупный промышленный город** – данный термин объединяет в себе крупные и крупнейшие города Российской Федерации с развитой

промышленностью. По данным Росстата на 1 января 2016 года таковых на территории нашей страны 36 и в каждом функционируют образовательные организации, выпускающие специалистов медицинского профиля.

**Молодежь** – социально-демографическая группа, выделяемая на основе совокупности возрастных характеристик, особенностей социального положения и обусловленных тем и другим социально-психологических свойств, которые определяются общественным строем, культурой, закономерностями социализации, воспитания данного общества; в данном научно-исследовательском труде возрастные границы от 15 до 29 лет включительно [79, 137, 138, 180, 207, 220, 225].

**Первичная профилактика** – система социальных, медицинских, гигиенических, и воспитательных мер, направленных на предотвращение заболевания путем устранения причин и условий их возникновения и развития, а также на повышение устойчивости организма к воздействию неблагоприятных факторов окружающей природной, производственной и бытовой среды [122].

**Риск** – предполагаемое событие, в данном исследовании – возникновение и развитие ИППП. Прогнозирование риска – расчет вероятности наступления конкретного события (события риска) на основе эмпирически полученных данных при условии неизменности других событий.

**Фактор** – любое влияние или состояние, воздействие которого на объект (в данном случае под объектом подразумевается респондент) приводит к определенному исходу (в данном исследовании под исходом имеется в виду возникновение и развитие ИППП) [53, 56, 74]. Влияние могут оказывать различные факторы, в том числе биологические факторы (пол, возраст и т.д.), социальные (уровень жизни, трудовая деятельность, семейное положение и т.д.), поведенческие (занятия спортом, употребление алкоголя, курение, промискуитет и т.д.) и др.

**Эффективность** – результативность мероприятий, определяемая как отношение эффекта (результата) к фактическим затратам, обусловившим его получение. Разработанные мероприятия, как на этапе медико-организационного эксперимента, так и на этапе внедрения, не требовали существенных дополнительных финансовых расходов от учреждений, задействованных в их организации. Под существенными дополнительными финансовыми расходами подразумевается создание новой статьи финансирования. Все требующиеся ресурсы были перераспределены из средств, которыми располагали задействованные организации. В связи с этим, в данной монографии термины эффективность и результативность используются, как синонимы, хотя фактически таковыми не являются.

### Глава 3 О заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и их первичной профилактике

Среднегодовая численность населения города Казани увеличилась с 1090996 в 2000 году до 1216965 в 2016 году. При этом, среднегодовая численность детей в возрасте от 0 до 14 лет увеличилась на 22266, количество населения в возрасте 15-17 лет сократилось на 19613, совершеннолетней молодежи прибавилось на 44231, количество населения от 30 до 39 возросло на 30741, а лиц старше 40 стало больше на 48343.

Количество случаев заболевания ИППП в зависимости от возраста и пола пациентов в городе Казани за период 2000-2016 гг. представлены в таблице 6.

**Таблица 6 - количество случаев заболевания ИППП в зависимости от возраста и пола пациентов в городе Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст:	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Всего		
	из них М	из них Ж	все го	из них М	из них Ж	всего	из них М	из них Ж	всего	из них М	из них Ж	всего	из них М	из них Ж	всего	из них М	из них Ж	всего
2000	11	37	48	108	354	462	2673	3252	5925	1063	1227	2290	540	1097	1637	4395	5967	10362
2001	13	31	44	116	307	423	2689	3210	5899	995	1071	2066	551	1017	1568	4364	5636	10000
2002	13	27	40	83	232	315	2098	3076	5174	761	904	1665	444	1041	1485	3399	5280	8679
2003	13	30	43	51	254	305	1912	3462	5374	767	938	1705	492	971	1463	3235	5655	8890
2004	7	12	19	57	177	234	1879	2618	4497	691	737	1428	452	730	1182	3086	4274	7360
2005	7	20	27	50	191	241	1814	3055	4869	705	822	1527	441	767	1208	3017	4855	7872
2006	10	9	19	36	222	258	1872	3471	5343	633	736	1369	387	750	1137	2938	5188	8126
2007	4	12	16	37	200	237	2143	3776	5919	741	849	1590	444	679	1123	3369	5516	8885
2008	4	15	19	33	187	220	2205	4068	6273	753	871	1624	381	652	1033	3376	5793	9169
2009	10	8	18	23	176	199	2107	4093	6200	641	901	1542	343	620	963	3124	5798	8922
2010	8	10	18	28	130	158	1963	3630	5593	624	853	1477	371	605	976	2994	5228	8222
2011	2	10	12	33	155	188	1847	3718	5565	658	813	1471	358	618	976	2898	5314	8212
2012	2	6	8	18	130	148	2028	3474	5502	750	793	1543	380	533	913	3178	4936	8114
2013	10	16	26	32	123	155	1643	2941	4584	666	790	1456	318	468	786	2669	4338	7007
2014	0	7	7	17	118	135	1405	2693	4098	585	712	1297	281	436	717	2288	3966	6254
2015	3	7	10	24	98	122	1267	2423	3690	558	714	1272	286	408	694	2138	3650	5788
2016	3	5	8	6	83	89	1060	2094	3154	486	634	1120	262	375	637	1817	3191	5008



Общее количество заболевших в городе за изученный период снизилось.

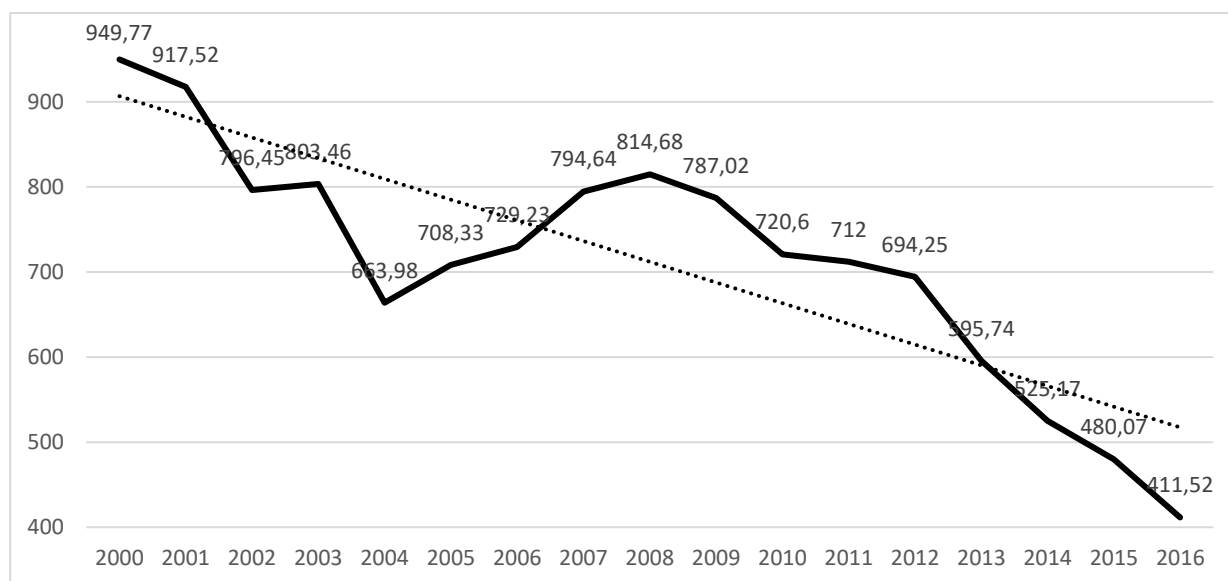
Рассчитанные интенсивные показатели представлены в таблице 7.

**Таблица 7 – Заболеваемость ИПП среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг. (на сто тысяч населения)**

Год\пол	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
Возраст	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет		
2000	11,67	41,21	26,08	437,46	1433,31	935,49	2888,57	3255,34	3078,97
2001	14,37	36,00	24,91	448,85	1212,43	826,74	2951,54	3172,03	3067,57
2002	14,97	32,76	23,63	313,14	894,96	600,82	2275,61	2998,34	2656,28
2003	15,50	37,33	26,18	175,15	890,95	529,27	1804,95	2931,05	2398,62
2004	8,66	15,51	12,01	204,38	649,09	424,24	1720,31	2147,30	1945,53
2005	8,93	26,67	17,60	188,29	730,82	457,39	1620,32	2437,27	2051,85
2006	13,01	12,25	12,64	146,74	917,75	529,53	1639,70	2713,19	2206,96
2007	5,24	16,45	10,71	167,51	918,21	540,24	1849,65	2916,58	2412,71
2008	5,17	20,32	12,57	167,88	975,46	566,62	1880,31	3126,49	2535,75
2009	12,64	10,60	11,64	129,05	1024,48	568,55	1792,34	3175,10	2515,57
2010	9,93	13,09	11,47	160,74	770,92	460,88	1620,43	2726,15	2199,41
2011	2,40	12,75	7,42	195,39	943,20	564,17	1473,52	2676,32	2105,82
2012	2,28	7,26	4,69	114,99	852,71	478,98	1621,40	2508,10	2087,35
2013	11,07	18,85	14,84	210,47	827,56	515,52	1319,41	2133,97	1747,33
2014	0,00	7,83	3,79	111,62	804,86	451,64	1289,65	2201,66	1772,02
2015	2,98	7,41	5,13	156,81	669,54	407,45	1083,79	1846,66	1487,21
2016	2,83	4,99	3,88	39,16	574,39	298,93	952,33	1670,39	1332,68
Возраст	30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
2000	1234,87	1478,07	1354,26	268,08	372,38	330,02	880,76	1007,95	949,77
2001	1155,18	1325,61	1237,67	269,83	340,49	311,80	876,68	951,84	917,52
2002	898,13	1138,34	1014,34	214,88	344,20	291,71	684,01	890,71	796,45
2003	1072,73	1179,34	1128,87	241,19	317,79	287,13	654,34	923,92	803,46
2004	967,62	931,67	948,73	220,52	236,67	230,22	624,26	695,95	663,98
2005	979,23	1033,47	1007,70	214,57	246,71	233,92	610,19	786,99	708,33
2006	867,56	913,74	891,79	187,62	239,30	218,79	593,80	837,38	729,23
2007	997,12	1033,27	1016,10	214,25	214,98	214,69	679,37	886,51	794,64
2008	985,75	1028,88	1008,42	182,63	204,75	196,00	676,16	925,12	814,68
2009	813,68	1028,43	926,76	163,16	193,17	181,29	620,47	920,09	787,02
2010	787,46	971,54	884,21	177,71	189,24	184,69	590,40	824,76	720,60
2011	821,83	925,65	876,14	172,49	193,94	185,48	564,80	829,97	712,00
2012	904,67	876,09	889,75	181,62	165,98	172,15	610,34	761,67	694,25
2013	790,21	859,77	826,49	151,41	145,17	147,63	509,03	665,49	595,74
2014	664,73	741,44	704,76	125,38	129,42	127,81	430,47	601,51	525,17
2015	608,06	710,68	661,69	134,04	124,79	128,44	397,49	546,59	480,07
2016	510,79	605,59	560,46	121,94	113,81	117,02	334,78	473,29	411,52

Из таблицы 7 мы видим, что в городе Казани за период с 2000 по 2016 года наблюдалось волнообразное движение статистических показателей с тенденцией к снижению уровня заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем. Так, в 2000 году уровень заболеваемости ИППП составил 949,77 на сто тысяч населения, к 2004 году снизился до 663,98 на сто тысяч населения, к 2008 году данный уровень вырос и составил 814,68 на сто тысяч населения. Начиная с 2009 по 2016 гг., наблюдалось стабильное снижение показателей уровня заболеваемости ИППП. К 2014 г. уровень заболеваемости снизился до 411,52 на сто тысяч населения.

За рассматриваемый период времени максимальный положительный темп прироста наблюдался в 2007 г. и составил +9,3%, максимальный отрицательный темп прироста – 2004 год и составил -17,2% (Рисунок 2).



**Рисунок 2** Динамика заболеваемости ИППП в г. Казани за период 2000-2016 гг. (на сто тысяч)

Возрастная структура заболевших ИППП за изученный период времени претерпела ряд изменений. Отметим, что на фоне снижения распространенности данных инфекций снизилась доля больных в возрасте от 0 до 14 лет, и в 2016 году составила лишь 0,2 % от общего числа заболевших. При этом возрастная группа молодежи – от 15 до 29 лет – стабильно занимает

1-ое место и колеблется от 61,7 до 71,7 %, и на 2016 год занимает долю в 64,8% (Таблица 8).

**Таблица 8 – Половозрастная структура заболевших ИППП в г. Казань за период 2000-2016 гг.**

Возраст	0-14 лет			Молодежь 61,7 – 71,7 %						30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
				15-17 лет			18-29 лет											
Год\пол	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	22,9%	77,1%	0,5%	23,4%	76,6%	4,5%	45,1%	54,9%	57,2%	46,4%	53,6%	22,1%	33,0%	67,0%	15,8%	42,4%	57,6%	100%
2001	29,5%	70,5%	0,4%	27,4%	72,6%	4,2%	45,6%	54,4%	59,0%	48,2%	51,8%	20,7%	35,1%	64,9%	15,7%	43,6%	56,4%	100%
2002	32,5%	67,5%	0,5%	26,3%	73,7%	3,6%	40,5%	59,5%	59,6%	45,7%	54,3%	19,2%	29,9%	70,1%	17,1%	39,2%	60,8%	100%
2003	30,2%	69,8%	0,5%	16,7%	83,3%	3,4%	35,6%	64,4%	60,4%	45,0%	55,0%	19,2%	33,6%	66,4%	16,5%	36,4%	63,6%	100%
2004	36,8%	63,2%	0,3%	24,4%	75,6%	3,2%	41,8%	58,2%	61,1%	48,4%	51,6%	19,4%	38,2%	61,8%	16,1%	41,9%	58,1%	100%
2005	25,9%	74,1%	0,3%	20,7%	79,3%	3,1%	37,3%	62,7%	61,9%	46,2%	53,8%	19,4%	36,5%	63,5%	15,3%	38,3%	61,7%	100%
2006	52,6%	47,4%	0,2%	14,0%	86,0%	3,2%	35,0%	65,0%	65,8%	46,2%	53,8%	16,8%	34,0%	66,0%	14,0%	36,2%	63,8%	100%
2007	25,0%	75,0%	0,2%	15,6%	84,4%	2,7%	36,2%	63,8%	66,6%	46,6%	53,4%	17,9%	39,5%	60,5%	12,6%	37,9%	62,1%	100%
2008	21,1%	78,9%	0,2%	15,0%	85,0%	2,4%	35,2%	64,8%	68,4%	46,4%	53,6%	17,7%	36,9%	63,1%	11,3%	36,8%	63,2%	100%
2009	55,6%	44,4%	0,2%	11,6%	88,4%	2,2%	34,0%	66,0%	69,5%	41,6%	58,4%	17,3%	35,6%	64,4%	10,8%	35,0%	65,0%	100%
2010	44,4%	55,6%	0,2%	17,7%	82,3%	1,9%	35,1%	64,9%	68,0%	42,2%	57,8%	18,0%	38,0%	62,0%	11,9%	36,4%	63,6%	100%
2011	16,7%	83,3%	0,1%	17,6%	82,4%	2,3%	33,2%	66,8%	67,8%	44,7%	55,3%	17,9%	36,7%	63,3%	11,9%	35,3%	64,7%	100%
2012	25,0%	75,0%	0,1%	12,2%	87,8%	1,8%	36,9%	63,1%	67,8%	48,6%	51,4%	19,0%	41,6%	58,4%	11,3%	39,2%	60,8%	100%
2013	38,5%	61,5%	0,4%	20,6%	79,4%	2,2%	35,8%	64,2%	65,4%	45,7%	54,3%	20,8%	40,5%	59,5%	11,2%	38,1%	61,9%	100%
2014	0,0%	100,0%	0,1%	12,6%	87,4%	2,2%	34,3%	65,7%	65,5%	45,1%	54,9%	20,7%	39,2%	60,8%	11,5%	36,6%	63,4%	100%
2015	30,0%	70,0%	0,2%	19,7%	80,3%	2,1%	34,3%	65,7%	63,8%	43,9%	56,1%	22,0%	41,2%	58,8%	12,0%	36,9%	63,1%	100%
2016	37,5%	62,5%	0,2%	6,7%	93,3%	1,8%	33,6%	66,4%	63,0%	43,4%	56,6%	22,4%	41,1%	58,9%	12,7%	36,3%	63,7%	100%

В связи с тем, что инфекции, передаваемые половым путем, включают в себя шесть различных нозологических форм, каждая из которых имеет определенные свойства, отличающие ее от других патогенов данной группы, для более глубокого понимания проблемы, был проведен анализ заболеваемости за изучаемый период времени на выбранной территории по каждой нозологической форме в отдельности.

Общее количество заболевших сифилисом на 2000 год в городе Казани составляло 2067 человек. При этом было зарегистрировано 80 случаев заболевания среди несовершеннолетних, а именно 17 случаев в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет и 63 случая в возрастной подгруппе от 15 до 17 лет. Общее количество заболевших сифилисом к 2016 году снизилось примерно в 7 раз и составило 290 человек. В 2014 году среди несовершеннолетних

наблюдался всего один случай заболевания – девочка в возрастной подгруппе 15-17 лет, однако в 2016 году зарегистрировано уже 4 случая: 2 мальчика и 2 девочки (таблица 9).

**Таблица 9 – Количество случаев заболевания сифилисом среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	7	10	17	11	52	63	504	504	1008	372	190	562	253	164	417	1147	920	2067
2001	4	6	10	17	45	62	462	448	910	272	185	457	217	140	357	972	824	1796
2002	6	4	10	11	28	39	266	345	611	207	116	323	161	110	271	651	603	1254
2003	8	4	12	2	16	18	211	252	463	167	101	268	154	103	257	542	476	1018
2004	1	4	5	8	14	22	154	178	332	130	83	213	145	87	232	438	366	804
2005	5	3	8	1	5	6	122	149	271	107	78	185	132	79	211	367	314	681
2006	6	1	7	0	9	9	122	129	251	85	47	132	102	58	160	315	244	559
2007	1	3	4	1	5	6	131	136	267	148	68	216	134	68	202	415	280	695
2008	1	1	2	2	2	4	98	113	211	125	63	188	115	51	166	341	230	571
2009	5	0	5	0	3	3	103	103	206	79	65	144	90	48	138	277	219	496
2010	4	1	5	2	3	5	107	95	202	81	105	186	128	95	223	322	299	621
2011	1	4	5	5	2	7	95	89	184	97	87	184	150	100	250	348	282	630
2012	0	1	1	2	5	7	79	65	144	101	58	159	128	66	194	310	195	505
2013	4	3	7	6	4	10	54	49	103	64	69	133	87	62	149	215	187	402
2014	0	0	0	0	1	1	35	33	68	57	46	103	86	62	148	178	142	320
2015	0	1	1	0	0	0	42	23	65	70	41	111	96	58	154	208	123	331
2016	2	2	4	0	2	2	35	17	52	33	37	70	103	59	162	173	117	290

Показатель общей заболеваемости сифилисом на территории города Казани за период 2000-2014 года снизился более чем в 8 раз. На 2000 год он был равен 189,46 на сто тысяч населения, а к 2016-му снизился до 23,83 на сто тысяч населения. При этом абсолютный прирост показателя наблюдается только в 2007 году, и составляет 12,00 на сто тысяч населения, все остальное время показатель ежегодно снижается.

Заболеваемость сифилисом среди населения в возрасте от 0 до 14 лет в 2014 году не наблюдается, но к 2016му постепенно увеличивается и достигает показателя 1,94 на сто тысяч населения. Среди лиц от 15 до 17 лет за изучаемый период времени заболеваемость сократилась примерно в 18 раз и к 2016 году составила 6,72 на сто тысяч населения. Среди совершеннолетней

молодежи показатель заболеваемости сифилисом снизился примерно в 24 раз и составил в 2016 году 21,97 на сто тысяч населения (Таблица 10).

**Таблица 10 – Заболеваемость сифилисом среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

В	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	7,43	11,14	9,24	44,56	210,54	127,57	544,65	504,52	523,81	432,15	228,88	332,36	125,60	55,67	84,07	229,86	155,41	189,46
2001	4,42	6,97	5,66	65,78	177,72	121,18	507,11	442,70	473,21	315,79	228,98	273,77	106,27	46,87	70,99	195,27	139,16	164,79
2002	6,91	4,85	5,91	41,50	108,01	74,39	288,52	336,29	313,68	244,30	146,07	196,78	77,92	36,37	53,23	131,01	101,72	115,08
2003	9,54	4,98	7,31	6,87	56,12	31,24	199,19	213,35	206,65	233,57	126,99	177,44	75,50	33,71	50,44	109,63	77,77	92,00
2004	1,24	5,17	3,16	28,69	51,34	39,89	140,99	146,00	143,63	182,04	104,92	141,51	70,74	28,21	45,19	88,60	59,60	72,53
2005	6,38	4,00	5,21	3,77	19,13	11,39	108,97	118,87	114,20	148,62	98,07	122,09	64,23	25,41	40,86	74,23	50,90	61,28
2006	7,81	1,36	4,66	0,00	37,21	18,47	106,86	100,84	103,68	116,50	58,35	85,99	49,45	18,51	30,79	63,66	39,38	50,16
2007	1,31	4,11	2,68	4,53	22,96	13,68	113,07	105,05	108,83	199,15	82,76	138,04	64,66	21,53	38,62	83,69	45,00	62,16
2008	1,29	1,35	1,32	10,17	10,43	10,30	83,57	86,85	85,29	163,64	74,42	116,74	55,12	16,02	31,50	68,30	36,73	50,73
2009	6,32	0,00	3,23	0,00	17,46	8,57	87,62	79,90	83,58	100,28	74,19	86,55	42,81	14,96	25,98	55,02	34,75	43,75
2010	4,97	1,31	3,19	11,48	17,79	14,58	88,33	71,35	79,43	102,22	119,59	111,35	61,31	29,72	42,20	63,50	47,17	54,43
2011	1,20	5,10	3,09	29,60	12,17	21,01	75,79	64,06	69,63	121,15	99,05	109,59	72,27	31,38	47,51	67,82	44,04	54,62
2012	0,00	1,21	0,59	12,78	32,80	22,65	63,16	46,93	54,63	121,83	64,08	91,69	61,18	20,55	36,58	59,54	30,09	43,21
2013	4,43	3,53	4,00	39,46	26,91	33,26	43,36	35,55	39,26	75,94	75,09	75,50	41,42	19,23	27,99	41,00	28,69	34,18
2014	0,00	0,00	0,00	0,00	6,82	3,35	32,13	26,98	29,40	64,77	47,90	55,97	38,37	18,40	26,38	33,49	21,54	26,87
2015	0,00	1,06	0,51	0,00	0,00	0,00	35,93	17,53	26,20	76,28	40,81	57,74	44,99	17,74	28,50	38,67	18,42	27,45
2016	1,88	2,00	1,94	0,00	13,84	6,72	31,44	13,56	21,97	34,68	35,34	35,03	47,94	17,91	29,76	31,87	17,35	23,83

Общее количество заболевших гонореей на 2000 год в городе Казани составляло 2909 человек. При этом было зарегистрировано 186 случаев заболевания среди несовершеннолетних, а именно 15 случаев в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет и 161 случая в возрастной подгруппе от 15 до 17 лет. Общее количество заболевших сифилисом к 2016 году снизилось примерно в 10 раз и составило 273 человек. При этом среди лиц в возрасте от 0 до 14 лет заболевание зарегистрировано не было. В возрастной подгруппе 15-17 лет было зарегистрировано 3 случая заболевания гонореей, 2 среди лиц мужского пола и 1 среди лиц женского пола (таблица 11). Наблюдается сильная разница между количеством зарегистрированных больных мужчин и больных женщин в возрастных подгруппах от 18 до 29 лет и от 30 до 39 лет, так в 2016 году

среди заболевших гонореей в первой возрастной подгруппе было 144 мужчин и 45 женщин, а во второй 54 мужчины и 8 женщины.

**Таблица 11 – Количество случаев заболевания гонореей среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	3	12	15	67	94	161	1373	619	1992	363	152	515	138	88	226	1944	965	2909
2001	4	4	8	73	62	135	1224	513	1737	329	129	458	129	88	217	1759	796	2555
2002	4	10	14	46	32	78	827	348	1175	212	80	292	102	60	162	1191	530	1721
2003	2	5	7	29	34	63	681	282	963	182	56	238	81	38	119	975	415	1390
2004	2	4	6	26	27	53	578	257	835	172	58	230	81	45	126	859	391	1250
2005	0	2	2	24	27	51	580	242	822	196	57	253	77	31	108	877	359	1236
2006	0	1	1	13	15	28	616	247	863	164	43	207	62	30	92	855	336	1191
2007	1	2	3	14	16	30	640	227	867	163	51	214	76	30	106	894	326	1220
2008	1	1	2	13	16	29	661	255	916	167	46	213	57	34	91	899	352	1251
2009	1	2	3	9	12	21	556	203	759	149	40	189	61	37	98	776	294	1070
2010	1	3	4	9	7	16	553	164	717	156	34	190	65	20	85	784	228	1012
2011	0	0	0	10	7	17	423	128	551	169	24	193	49	21	70	651	180	831
2012	1	1	2	7	10	17	494	114	608	150	32	182	68	24	92	720	181	901
2013	1	3	4	9	8	17	369	123	492	119	34	153	42	17	59	540	185	725
2014	0	0	0	5	3	8	248	87	335	92	21	113	33	17	50	378	128	506
2015	0	0	0	6	1	7	189	58	247	67	17	84	26	7	33	288	83	371
2016	0	0	0	2	1	3	144	45	189	54	8	62	16	3	19	216	57	273

Показатель общей заболеваемости гонореей на территории города Казани за период 2000-2016 года снизился более чем в 12 раз. На 2000 год он был равен 266,64 на сто тысяч населения, а к 2016-му снизился до 22,43 на сто тысяч населения. Абсолютный прирост показателя наблюдается в 2007 году (2,23 на сто тысяч населения) и в 2008 (2,04 на сто тысяч населения), все остальное время показатель ежегодно снижался. Заболеваемость гонореей среди населения в возрасте от 0 до 14 лет в 2014-2016 гг. не наблюдается. Среди лиц от 15 до 17 лет за изучаемый период времени заболеваемость сократилась более чем в 32 раза и к 2016 году составила 10,08 на сто тысяч населения. Среди совершеннолетней молодежи показатель заболеваемости гонореей снизился примерно в 13 раз и составил в 2016 году 79,86 на сто тысяч населения. Динамика заболеваемости гонореей на данной территории схожа с

динамикой заболеваемости сифилисом, и может быть охарактеризована как благоприятная (Таблица 12).

**Таблица 12 – Общая заболеваемость гонореей среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

В	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	3,18	13,36	8,15	271,39	380,60	326,00	1483,73	619,64	1035,16	421,69	183,10	304,56	68,51	29,87	45,56	389,58	163,01	266,64
2001	4,42	4,64	4,53	282,46	244,86	263,85	1343,51	506,93	903,27	381,96	159,67	274,37	63,17	29,46	43,15	353,37	134,43	234,43
2002	4,60	12,13	8,27	173,55	123,44	148,78	897,01	339,21	603,23	250,20	100,74	177,89	49,36	19,84	31,82	239,67	89,41	157,93
2003	2,38	6,22	4,26	99,59	119,26	109,32	642,87	238,75	429,82	254,55	70,41	157,58	39,71	12,44	23,35	197,21	67,80	125,63
2004	2,47	5,17	3,79	93,23	99,01	96,09	529,19	210,79	361,25	240,86	73,32	152,81	39,52	14,59	24,54	173,76	63,67	112,77
2005	0,00	2,67	1,30	90,38	103,31	96,79	518,07	193,07	346,40	272,24	71,66	166,96	37,46	9,97	20,91	177,37	58,19	111,22
2006	0,00	1,36	0,67	52,99	62,01	57,47	539,56	193,07	356,47	224,77	53,38	134,84	30,06	9,57	17,70	172,80	54,23	106,88
2007	1,31	2,74	2,01	63,38	73,46	68,38	552,39	175,33	353,41	219,34	62,07	136,76	36,67	9,50	20,26	180,28	52,39	109,11
2008	1,29	1,35	1,32	66,14	83,46	74,69	563,67	195,98	370,28	218,62	54,34	132,26	27,32	10,68	17,27	180,06	56,21	111,15
2009	1,26	2,65	1,94	50,50	69,85	60,00	472,97	157,47	307,95	189,14	45,66	113,59	29,02	11,53	18,45	154,12	46,66	94,39
2010	1,24	3,93	2,55	51,67	41,51	46,67	456,49	123,16	281,95	196,87	38,72	113,74	31,14	6,26	16,08	154,60	35,97	88,69
2011	0,00	0,00	0,00	59,21	42,60	51,02	337,47	92,14	208,50	211,08	27,33	114,95	23,61	6,59	13,30	126,87	28,11	72,05
2012	1,14	1,21	1,17	44,72	65,59	55,02	394,96	82,30	230,66	180,93	35,35	104,95	32,50	7,47	17,35	138,28	27,93	77,09
2013	1,11	3,53	2,28	59,19	53,82	56,54	296,33	89,25	187,54	141,19	37,00	86,85	20,00	5,27	11,08	102,99	28,38	61,64
2014	0,00	0,00	0,00	32,83	20,46	26,76	227,64	71,13	144,86	104,54	21,87	61,40	14,72	5,05	8,91	71,12	19,41	42,49
2015	0,00	0,00	0,00	39,20	6,83	23,38	161,67	44,20	99,55	73,01	16,92	43,70	12,19	2,14	6,11	53,54	12,43	30,77
2016	0,00	0,00	0,00	13,05	6,92	10,08	129,37	35,90	79,86	56,75	7,64	31,03	7,45	0,91	3,49	39,80	8,45	22,43

Общее количество заболевших трихомонозом на 2000 год в городе Казани составляло 2698 человек. Зарегистрировано 119 случаев заболевания среди несовершеннолетних, а именно 3 случая в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет (3 девочки) и 116 случаев в возрастной подгруппе от 15 до 17 лет (12 мальчиков, 104 девочки).

На протяжении всего изучаемого периода в разы преобладает количество заболевших женщин над количеством заболевших мужчин, только в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет в 2004 году соотношение заболевавших было равное. В периоды 2011-2013 гг. и 2015-2016 гг. в данной возрастной подгруппе заболевание не наблюдалось. Общее количество заболевших

трихомонозом к 2016 году снизилось примерно в 7 раз и составило 392 человека (таблица 13).

**Таблица 13 – Количество случаев заболевания трихомонозом среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст Год/пол	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	0	3	3	12	104	116	209	906	1115	109	584	693	71	700	771	401	2297	2698
2001	1	8	9	8	87	95	311	864	1175	145	478	623	110	657	767	575	2094	2669
2002	1	6	7	4	67	71	250	713	963	110	382	492	78	709	787	443	1877	2320
2003	0	8	8	5	63	68	211	685	896	116	452	568	93	636	729	425	1844	2269
2004	1	1	2	8	34	42	205	472	677	102	279	381	102	422	524	418	1208	1626
2005	1	5	6	4	46	50	169	607	776	92	328	420	92	490	582	358	1476	1834
2006	0	1	1	4	57	61	95	574	669	59	261	320	64	486	550	222	1379	1601
2007	0	2	2	2	50	52	141	583	724	74	293	367	84	397	481	301	1325	1626
2008	0	5	5	0	32	32	115	484	599	57	296	353	58	394	452	230	1211	1441
2009	0	1	1	0	25	25	88	451	539	37	277	314	53	373	426	178	1127	1305
2010	0	1	1	3	22	25	46	434	480	30	273	303	31	327	358	110	1057	1167
2011	0	0	0	0	28	28	29	346	375	20	221	241	33	305	338	82	900	982
2012	0	0	0	0	13	13	29	311	340	31	197	228	28	260	288	88	781	869
2013	0	0	0	1	13	14	33	247	280	37	198	235	26	200	226	97	658	755
2014	0	2	2	0	10	10	18	198	216	15	160	175	29	162	191	62	532	594
2015	0	0	0	0	10	10	20	148	168	19	118	137	25	145	170	64	421	485
2016	0	0	0	2	7	9	15	115	130	11	108	119	14	120	134	42	350	392

Показатель общей заболеваемости трихомонозом на территории города Казани за период 2000-2016 года снизился более чем в 7 раз. На 2000 год он был равен 247,30 на сто тысяч населения, а к 2016-му снизился до 32,21 на сто тысяч населения. Абсолютный прирост показателя наблюдается в 2005 году (18,33 на сто тысяч населения) и в 2007 (1,75 на сто тысяч населения), все остальное время показатель ежегодно снижался. Заболеваемость трихомонозом среди населения в возрасте от 0 до 14 лет не наблюдалась в периоды 2011-2013 гг. и 2015-2016 гг. Среди лиц от 15 до 17 лет за изучаемый период времени заболеваемость сократилась более чем в 7 раз и к 2016 году



составила 30,23 на сто тысяч населения. Среди совершеннолетней молодежи показатель заболеваемости трихомонозом снизился более чем в 10 раз и составил в 2016 году 54,93 на сто тысяч населения. Динамика заболеваемости трихомонозом на данной территории может быть охарактеризована как благоприятная (Таблица 14).

**Таблица 14 – Заболеваемость трихомонозом среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

В	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	0,00	3,34	1,63	48,61	421,09	234,88	225,86	906,93	579,42	126,62	703,50	409,83	35,25	237,62	155,44	80,36	388,01	247,30
2001	1,11	9,29	5,10	30,95	343,59	185,67	341,36	853,78	611,02	168,34	591,64	373,22	53,87	219,97	152,52	115,51	353,65	244,89
2002	1,15	7,28	4,13	15,09	258,46	135,42	271,16	695,00	494,40	129,82	481,02	299,73	37,75	234,43	154,60	89,15	316,64	212,90
2003	0,00	9,95	4,87	17,17	220,98	118,00	199,19	579,95	399,92	162,24	568,30	376,07	45,59	208,15	143,07	85,96	301,27	205,07
2004	1,24	1,29	1,26	28,69	124,68	76,14	187,69	387,14	292,89	142,83	352,70	253,13	49,76	136,81	102,06	84,56	196,70	146,69
2005	1,28	6,67	3,91	15,06	176,01	94,89	150,96	484,26	327,02	127,79	412,38	277,17	44,76	157,61	112,70	72,41	239,26	165,02
2006	0,00	1,36	0,67	16,30	235,64	125,20	83,21	448,68	276,33	80,86	324,03	208,45	31,03	155,07	105,83	44,87	222,58	143,67
2007	0,00	2,74	1,34	9,05	229,55	118,53	121,70	450,31	295,12	99,58	356,60	234,53	40,53	125,69	91,96	60,70	212,95	145,42
2008	0,00	6,77	3,31	0,00	166,92	82,42	98,07	371,98	242,14	74,62	349,65	219,20	27,80	123,73	85,76	46,07	193,39	128,03
2009	0,00	1,32	0,65	0,00	145,52	71,43	74,86	349,86	218,69	46,97	316,18	188,72	25,21	116,21	80,20	35,35	178,85	115,12
2010	0,00	1,31	0,64	17,22	130,46	72,92	37,97	325,94	188,76	37,86	310,94	181,39	14,85	102,29	67,74	21,69	166,75	102,28
2011	0,00	0,00	0,00	0,00	170,38	84,03	23,14	249,06	141,90	24,98	251,62	143,54	15,90	95,72	64,23	15,98	140,57	85,14
2012	0,00	0,00	0,00	0,00	85,27	42,07	23,19	224,53	128,99	37,39	217,64	131,47	13,38	80,97	54,30	16,90	120,52	74,35
2013	0,00	0,00	0,00	6,58	87,47	46,56	26,50	179,22	106,73	43,90	215,49	133,40	12,38	62,04	42,45	18,50	100,94	64,19
2014	0,00	2,24	1,08	0,00	68,21	33,45	16,52	161,87	93,40	17,04	166,62	95,09	12,94	48,09	34,05	11,66	80,69	49,88
2015	0,00	0,00	0,00	0,00	68,32	33,40	17,11	112,80	67,71	20,70	117,45	71,27	11,72	44,35	31,46	11,90	63,05	40,23
2016	0,00	0,00	0,00	13,05	48,44	30,23	13,48	91,74	54,93	11,56	103,16	59,55	6,52	36,42	24,62	7,74	51,91	32,21

Общее количество заболевших хламидиозом на 2000 год в городе Казани составляло 1180 человек. Зарегистрировано 20 случаев заболевания среди несовершеннолетних, а именно 10 случаев в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет (1 мальчик и 9 девочек) и 10 случаев в возрастной подгруппе от 15 до 17 лет (2 мальчика, 8 девочек). На протяжении всего изучаемого периода преобладает количество заболевших женщин над количеством заболевших мужчин, только в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет в 2007 и 2011 годах соотношение заболевавших было равное. В различные годы наблюдался

абсолютный прирост случаев заболевания: 2001 г. – 125 человек, 2003 г. – 116, 2005 г. – 102, 2006 г. – 245, 2007 г. – 522, 2008 г. – 56, 2011 г. – 266, 2012 г. – 222 человека (в этот год было зарегистрировано больше всего заболевших за весь изучаемый период времени – 2460 человек). Общее количество заболевших хламидиозом к 2016 году составило 1129 человек. При этом среди лиц в возрасте от 0 до 14 лет не зарегистрировано ни одного случая заболевания. В возрастной подгруппе 15-17 лет было зарегистрировано 12 случаев заболевания (11 девочек и 1 мальчик) (таблица 15).

**Таблица 15 – Количество случаев заболевания хламидиозом среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст Год/пол	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	1	9	10	2	8	10	270	477	747	151	146	297	56	60	116	480	700	1180
2001	2	6	8	5	22	27	363	503	866	164	126	290	61	53	114	595	710	1305
2002	2	4	6	4	28	32	318	473	791	121	118	239	55	56	111	500	679	1179
2003	1	3	4	3	23	26	327	551	878	152	88	240	89	58	147	572	723	1295
2004	0	1	1	4	20	24	398	412	810	126	95	221	51	46	97	579	574	1153
2005	0	2	2	5	29	34	363	505	868	151	93	244	65	42	107	584	671	1255
2006	1	0	1	6	29	35	447	636	1083	169	104	273	68	40	108	691	809	1500
2007	1	1	2	7	35	42	634	838	1472	204	173	377	81	48	129	927	1095	2022
2008	1	3	4	6	31	37	650	901	1551	226	143	369	76	41	117	959	1119	2078
2009	1	3	4	5	25	30	610	919	1529	166	178	344	62	37	99	844	1162	2006
2010	2	4	6	4	18	22	591	956	1547	180	138	318	50	29	79	827	1145	1972
2011	1	1	2	8	33	41	631	1103	1734	195	177	372	58	31	89	893	1345	2238
2012	0	2	2	2	27	29	751	1110	1861	238	207	445	72	51	123	1063	1397	2460
2013	1	2	3	6	24	30	584	904	1488	227	177	404	76	42	118	894	1149	2043
2014	0	3	3	5	22	27	467	733	1200	155	145	300	45	20	65	672	923	1595
2015	1	0	1	7	15	22	394	604	998	142	142	284	40	12	52	584	773	1357
2016	0	0	0	1	11	12	319	498	817	130	116	246	40	14	54	490	639	1129

Показатель общей заболеваемости хламидиозом на территории города Казани в 2014 году превышает на 1,23 раза показатель 2000 года, а к 2016 году снизился в сравнении с 2000 годом на 0,85. На 2000 год он был равен 108,16 на сто тысяч населения, а к 2016-му составил до 92,77 на сто тысяч населения. Пик заболеваемости приходится на 2012 год – 210,48 на сто тысяч населения.

Динамика заболеваемости хламидиозом на данной территории развивается волнообразно среди всех возрастных подгрупп и среди всего населения в целом. Судить о тенденции дальнейшего развития уровня данного заболевания без применения дополнительных методов анализа невозможно (Таблица 16).

**Таблица 16 – Заболеваемость хламидиозом среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

В	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	1,06	10,02	5,43	8,10	32,39	20,25	291,78	477,49	388,18	175,41	175,88	175,64	27,80	20,37	23,39	96,19	118,24	108,16
2001	2,21	6,97	4,53	19,35	86,88	52,77	398,44	497,05	450,33	190,40	155,95	173,73	29,87	17,74	22,67	119,53	119,91	119,74
2002	2,30	4,85	3,54	15,09	108,01	61,04	344,92	461,06	406,09	142,80	148,59	145,60	26,62	18,52	21,80	100,62	114,54	108,19
2003	1,19	3,73	2,44	10,30	80,68	45,12	308,69	466,50	391,88	212,59	110,64	158,90	43,63	18,98	28,85	115,70	118,12	117,04
2004	0,00	1,29	0,63	14,34	73,34	43,51	364,39	337,93	350,43	176,44	120,09	146,83	24,88	14,91	18,89	117,12	93,47	104,02
2005	0,00	2,67	1,30	18,83	110,96	64,53	324,24	402,89	365,78	209,74	116,93	161,02	31,63	13,51	20,72	118,11	108,77	112,93
2006	1,30	0,00	0,67	24,46	119,89	71,84	391,53	497,14	447,34	231,62	129,11	177,84	32,97	12,76	20,78	139,66	130,58	134,61
2007	1,31	1,37	1,34	31,69	160,69	95,74	547,21	647,27	600,02	274,51	210,55	240,93	39,09	15,20	24,66	186,93	175,98	180,84
2008	1,29	4,06	2,65	30,52	161,71	95,29	554,29	692,47	626,97	295,86	168,92	229,13	36,43	12,88	22,20	192,07	178,70	184,63
2009	1,26	3,97	2,59	28,06	145,52	85,71	518,90	712,90	620,37	210,72	203,18	206,75	29,49	11,53	18,64	167,63	184,40	176,95
2010	2,48	5,24	3,82	22,96	106,74	64,17	487,86	717,96	608,35	227,15	157,18	190,37	23,95	9,07	14,95	163,08	180,63	172,83
2011	1,20	1,28	1,24	47,37	200,81	123,04	503,41	793,97	656,15	243,55	201,52	221,57	27,95	9,73	16,91	174,04	210,07	194,04
2012	0,00	2,42	1,17	12,78	177,10	93,85	600,43	801,38	706,03	287,08	228,69	256,60	34,41	15,88	23,19	204,15	215,57	210,48
2013	1,11	2,36	1,71	39,46	161,47	99,78	468,98	655,94	567,20	269,34	192,63	229,33	36,19	13,03	22,16	170,50	176,27	173,70
2014	0,00	3,35	1,62	32,83	150,06	90,33	428,66	599,26	518,89	176,13	151,00	163,01	20,08	5,94	11,59	126,43	139,99	133,94
2015	0,99	0,00	0,51	45,74	102,48	73,48	337,03	460,33	402,23	154,74	141,34	147,74	18,75	3,67	9,62	108,58	115,76	112,55
2016	0,00	0,00	0,00	6,53	76,12	40,30	286,60	397,26	345,21	136,63	110,80	123,10	18,62	4,25	9,92	90,28	94,78	92,77

Общее количество заболевших аногенитальными бородавками на 2000 год в городе Казани составляло 1269 человек. Зарегистрировано 110 случаев заболевания среди несовершеннолетних, а именно 2 случая в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет (2 девочки) и 108 случаев в возрастной подгруппе от 15 до 17 лет (16 мальчиков, 92 девочки). На протяжении всего изучаемого периода в разы преобладает количество заболевших женщин над количеством заболевших мужчин, только в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет 2010 году соотношение заболевавших было равное. В различные годы наблюдался

абсолютный прирост случаев заболевания: 2001 г. – 132 человека, 2002 г. – 472, 2005 г. – 461, 2006 г. – 470, 2007 г. – 5, 2008 г. – 441, 2009 г. – 315 (в этот год было зарегистрировано больше всего заболевших за весь изучаемый период времени – 3718 человек), 2011 г. – 61, 2015 – 21 человек. Общее количество заболевших аногенитальными бородавками к 2016 году составило 2536 человек. При этом среди лиц в возрасте от 0 до 14 лет зарегистрировано 4 случая заболевания (3 девочки и 1 мальчик). В возрастной подгруппе 15-17 лет было зарегистрировано 54 случаев заболевания (все среди девочек) (таблица 17).

**Таблица 17 – Количество случаев заболевания аногенитальными бородавками среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст Год\пол	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	0	2	2	16	92	108	265	648	913	41	125	166	12	68	80	334	935	1269
2001	2	7	9	9	85	94	277	766	1043	46	118	164	22	69	91	356	1045	1401
2002	0	3	3	15	74	89	357	1069	1426	70	168	238	25	92	117	467	1406	1873
2003	2	10	12	11	115	126	381	1535	1916	88	200	288	43	113	156	525	1973	2498
2004	3	2	5	11	78	89	408	1129	1537	85	174	259	38	98	136	545	1481	2026
2005	1	8	9	12	82	94	486	1419	1905	112	222	334	42	103	145	653	1834	2487
2006	3	6	9	11	108	119	520	1772	2292	115	253	368	60	109	169	709	2248	2957
2007	1	3	4	11	91	102	517	1849	2366	107	228	335	42	113	155	678	2284	2962
2008	0	5	5	10	98	108	570	2171	2741	127	271	398	44	107	151	751	2652	3403
2009	3	2	5	7	106	113	675	2307	2982	157	313	470	48	100	148	890	2828	3718
2010	1	1	2	10	76	86	603	1870	2473	140	260	400	63	96	159	817	2303	3120
2011	0	5	5	9	81	90	593	1927	2520	134	262	396	49	121	170	785	2396	3181
2012	1	2	3	5	72	77	599	1743	2342	163	260	423	50	103	153	818	2180	2998
2013	4	7	11	9	69	78	528	1513	2041	165	270	435	48	96	144	754	1955	2709
2014	0	1	1	6	73	79	529	1520	2049	195	278	473	57	114	171	787	1986	2773
2015	2	5	7	11	63	74	549	1461	2010	210	323	533	54	116	170	826	1968	2794
2016	1	3	4	0	54	54	492	1305	1797	199	310	509	52	120	172	744	1792	2536

Показатель общей заболеваемости аногенитальными бородавками на территории города Казани в 2016 году превышает почти в 2 раза показатель 2000 года. На 2000 год он был равен 116,32 на сто тысяч населения, а к 2016-му составил до 208,39 на сто тысяч населения. Пик заболеваемости приходится

на 2009 год – 327,97 на сто тысяч населения. Динамика заболеваемости аногенитальными бородавками на данной территории развивается волнообразно среди всех возрастных подгрупп и среди всего населения в целом. Судить о тенденции дальнейшего развития уровня данного заболевания без применения дополнительных методов анализа невозможно (Таблица 18).

**Таблица 18 – Заболеваемость аногенитальными бородавками среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2014 гг.**

Возраст Т	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	0,00	2,23	1,09	64,81	372,50	218,69	286,37	648,66	474,45	47,63	150,58	98,17	5,96	23,08	16,13	66,93	157,94	116,32
2001	2,21	8,13	5,10	34,82	335,69	183,72	304,04	756,94	542,38	53,41	146,05	98,25	10,77	23,10	18,10	71,52	176,49	128,54
2002	0,00	3,64	1,77	56,59	285,46	169,76	387,22	1042,01	732,09	82,61	211,55	144,99	12,10	30,42	22,98	93,98	237,18	171,88
2003	2,38	12,44	7,31	37,78	403,38	218,65	359,67	1299,59	855,18	123,08	251,46	190,68	21,08	36,98	30,62	106,19	322,35	225,76
2004	3,71	2,58	3,16	39,44	286,04	161,35	373,54	926,01	664,95	119,03	219,96	172,07	18,54	31,77	26,49	110,25	241,16	182,77
2005	1,28	10,67	5,87	45,19	313,76	178,40	434,11	1132,08	802,79	155,57	279,11	220,41	20,44	33,13	28,08	132,07	297,29	223,78
2006	3,90	8,17	5,99	44,84	446,47	244,24	455,47	1385,13	946,72	157,61	314,10	239,72	29,09	34,78	32,52	143,30	362,84	265,36
2007	1,31	4,11	2,68	49,80	417,79	232,51	446,23	1428,17	964,43	143,98	277,49	214,08	20,27	35,78	29,63	136,72	367,07	264,91
2008	0,00	6,77	3,31	50,87	511,20	278,16	486,07	1668,54	1108,00	166,26	320,12	247,14	21,09	33,60	28,65	150,41	423,51	302,36
2009	3,79	2,65	3,23	39,28	617,01	322,84	574,19	1789,63	1209,91	199,29	357,27	282,47	22,83	31,16	27,86	176,77	448,78	327,97
2010	1,24	1,31	1,27	57,41	450,69	250,86	497,77	1404,38	972,49	176,67	296,13	239,46	30,18	30,03	30,09	161,11	363,32	273,45
2011	0,00	6,38	3,09	53,29	492,90	270,08	473,09	1387,11	953,58	167,36	298,30	235,86	23,61	37,97	32,31	152,99	374,22	275,80
2012	1,14	2,42	1,76	31,94	472,27	249,20	478,91	1258,38	888,51	196,61	287,24	243,92	23,90	32,08	28,85	157,10	336,39	256,51
2013	4,43	8,25	6,28	59,19	464,24	259,42	424,01	1097,83	777,99	195,77	293,85	246,93	22,85	29,78	27,05	143,80	299,91	230,32
2014	0,00	1,12	0,54	39,40	497,92	264,29	485,57	1242,67	886,01	221,58	289,50	257,02	25,43	33,84	30,48	148,07	301,21	232,86
2015	1,99	5,29	3,59	71,87	430,42	247,14	469,61	1113,48	810,11	228,84	321,50	277,27	25,31	35,48	31,46	153,57	294,71	231,74
2016	0,94	2,99	1,94	0,00	373,70	181,37	442,02	1041,00	759,30	209,15	296,11	254,71	24,20	36,42	31,60	137,08	265,79	208,39

Общее количество заболевших герпесом урогенитальным на 2000 год в городе Казани составляло 239 человек. Зарегистрировано 5 случаев заболевания среди несовершеннолетних, а именно 1 случай в возрастной подгруппе от 0 до 14 лет (1 девочки) и 4 случая в возрастной подгруппе от 15 до 17 лет (4 девочки). На протяжении всего изучаемого периода преобладает количество заболевших женщин над количеством заболевших мужчин. В

возрастной подгруппе от 0 до 14 лет в периоды с 2001 по 2006 и 2009-2012, и также в 2016 году заболевших зарегистрировано не было. В различные годы наблюдался абсолютный прирост случаев заболевания: 2001 г. – 35 человека, 2002 г. – 58, 2003 г. – 88, 2004 г. – 81, 2007 г. – 42, 2008 г. – 65, 2010 г. – 3, 2011 г. – 20, 2012 г. – 31, 2014 г. – 93 (в этот год было зарегистрировано больше всего заболевших за весь изучаемый период времени – 466 человек). В 2016 году всего зарегистрировано 388 случаев заболевания (таблица 19).

**Таблица 19 – Количество случаев заболевания герпесом уrogenитальным среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Возраст	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	0	1	1	0	4	4	52	98	150	27	30	57	10	17	27	89	150	239
2001	0	0	0	4	6	10	52	116	168	39	35	74	12	10	22	107	167	274
2002	0	0	0	3	3	6	80	128	208	41	40	81	23	14	37	147	185	332
2003	0	0	0	1	3	4	101	157	258	62	41	103	32	23	55	196	224	420
2004	0	0	0	0	4	4	136	170	306	76	48	124	35	32	67	247	254	501
2005	0	0	0	4	2	6	94	133	227	47	44	91	33	22	55	178	201	379
2006	0	0	0	2	4	6	72	113	185	41	28	69	31	27	58	146	172	318
2007	0	1	1	2	3	5	80	143	223	45	36	81	27	23	50	154	206	360
2008	1	0	1	2	8	10	111	144	255	51	52	103	31	25	56	196	229	425
2009	0	0	0	2	5	7	75	110	185	53	28	81	29	25	54	159	168	327
2010	0	0	0	0	4	4	63	111	174	37	43	80	34	38	72	134	196	330
2011	0	0	0	1	4	5	76	125	201	43	42	85	19	40	59	139	211	350
2012	0	0	0	2	3	5	76	131	207	67	39	106	34	29	63	179	202	381
2013	0	1	1	1	5	6	75	105	180	54	42	96	39	51	90	169	204	373
2014	0	1	1	1	9	10	108	122	230	71	62	133	31	61	92	211	255	466
2015	0	1	1	0	9	9	73	129	202	50	73	123	45	70	115	168	282	450
2016	0	0	0	1	8	9	55	114	169	59	55	114	37	59	96	152	236	388

Показатель общей заболеваемости герпесом уrogenитальным на территории города Казани в 2016 году превышает в 1,5 раза показатель 2000 года. На 2000 год он был равен 21,91 на сто тысяч населения, а к 2014-му составил до 31,88 на сто тысяч населения. Пик заболеваемости приходится на 2014 год.

Динамика заболеваемости аногенитальными бородавками на данной территории развивается волнообразно среди всех возрастных подгрупп и среди всего населения в целом. Судить о тенденции дальнейшего развития уровня данного заболевания без применения дополнительных методов анализа невозможно (Таблица 20).

**Таблица 20 – Заболеваемость герпесом урогенитальным среди мужчин и женщин по возрастным подгруппам в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

В	0-14 лет			15-17 лет			18-29 лет			30-39 лет			40 лет и старше			Все население		
	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего	м	ж	всего
2000	0,00	1,11	0,54	0,00	16,20	8,10	56,19	98,10	77,95	31,37	36,14	33,71	4,96	5,77	5,44	17,84	25,34	21,91
2001	0,00	0,00	0,00	15,48	23,70	19,54	57,08	114,63	87,36	45,28	43,32	44,33	5,88	3,35	4,37	21,50	28,20	25,14
2002	0,00	0,00	0,00	11,32	11,57	11,44	86,77	124,77	106,79	48,39	50,37	49,35	11,13	4,63	7,27	29,58	31,21	30,47
2003	0,00	0,00	0,00	3,43	10,52	6,94	95,35	132,92	115,16	86,71	51,55	68,20	15,69	7,53	10,79	39,64	36,60	37,96
2004	0,00	0,00	0,00	0,00	14,67	7,25	124,51	139,44	132,38	106,42	60,68	82,38	17,08	10,37	13,05	49,96	41,36	45,20
2005	0,00	0,00	0,00	15,06	7,65	11,39	83,96	106,11	95,66	65,28	55,32	60,05	16,06	7,08	10,65	36,00	32,58	34,10
2006	0,00	0,00	0,00	8,15	16,54	12,31	63,07	88,33	76,42	56,19	34,76	44,95	15,03	8,61	11,16	29,51	27,76	28,54
2007	0,00	1,37	0,67	9,05	13,77	11,40	69,05	110,45	90,90	60,55	43,81	51,76	13,03	7,28	9,56	31,05	33,11	32,20
2008	1,29	0,00	0,66	10,17	41,73	25,76	94,65	110,67	103,08	66,76	61,43	63,96	14,86	7,85	10,63	39,26	36,57	37,76
2009	0,00	0,00	0,00	11,22	29,10	20,00	63,80	85,33	75,06	67,28	31,96	48,68	13,79	7,79	10,17	31,58	26,66	28,85
2010	0,00	0,00	0,00	0,00	23,72	11,67	52,01	83,36	68,42	46,69	48,98	47,89	16,29	11,89	13,62	26,42	30,92	28,92
2011	0,00	0,00	0,00	5,92	24,34	15,00	60,63	89,98	76,06	53,71	47,82	50,63	9,15	12,55	11,21	27,09	32,96	30,35
2012	0,00	0,00	0,00	12,78	19,68	16,18	60,76	94,58	78,53	80,82	43,09	61,12	16,25	9,03	11,88	34,38	31,17	32,60
2013	0,00	1,18	0,57	6,58	33,64	19,96	60,23	76,19	68,61	64,07	45,71	54,49	18,57	15,82	16,90	32,23	31,30	31,71
2014	0,00	1,12	0,54	6,57	61,39	33,45	99,13	99,74	99,45	80,68	64,56	72,27	13,83	18,11	16,40	39,70	38,67	39,13
2015	0,00	1,06	0,51	0,00	61,49	30,06	62,44	98,32	81,41	54,49	72,66	63,98	21,09	21,41	21,28	31,23	42,23	37,32
2016	0,00	0,00	0,00	6,53	55,36	30,23	49,41	90,94	71,41	62,01	52,54	57,05	17,22	17,91	17,64	28,01	35,00	31,88

Доля нозологических форм ИППП за изучаемый период на территории города Казань изменилась. Инфекции, передаваемые половым путем, условно разделены нами на две группы, согласно патогенезу вызываемых ими заболеваний: группа 1: сифилис, гонорея (бактериальные заболевания) и трихомоноз (заболевание, вызываемое простейшими); группа 2: аногенитальные бородавки, герпес урогенитальный (вирусные инфекции) и хламидиоз (хламидии – достаточно маленьких размеров бактерии, которые имеют схожий с вирусами цикл развития внутри клетки организма человека, в

связи с этим их выделяют как промежуточное звено между вирусами и бактериями).

В 2000 году среди всех случаев вновь установленного диагноза, группа заболеваний 1 занимала долю в 74%. Группа заболеваний 2 занимала оставшиеся 26%. На протяжении всего изучаемого периода в этом году доля сифилиса и гонореи была наибольшей по сравнению с остальными годами. К 2014 году доля каждого из этих заболеваний достигла минимума. Доля хламидиоза была максимальной в 2012 году и составляла 30,3%, доли аногенитальных бородавок достигли своего максимума к 2016 году – 50,6%, а герпеса уrogenитального к 2015 году – 7,8% (Таблица 21).

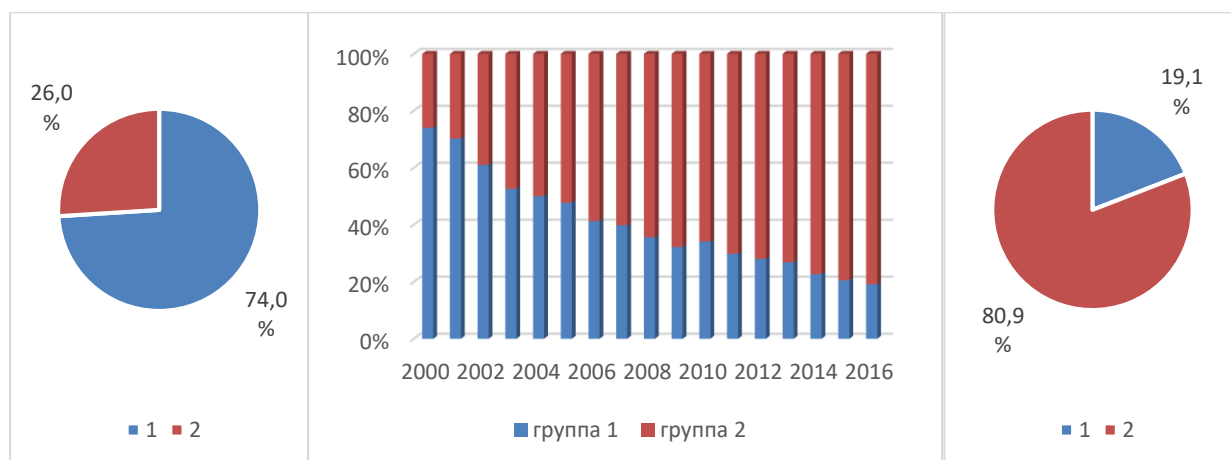
**Таблица 21 – Абсолютные величины и экстенсивные показатели по нозологическим формам ИППП в г. Казани за период 2000-2016 гг.**

Год	Абсолютная величина						Итого или 100%	Экстенсивный показатель					
	Сифилис	Гонорея	Трихомониаз	Хламидиоз	Аногенитальные бородавки	Герпес		Сифилис	Гонорея	Трихомониаз	Хламидиоз	Аногенитальные бородавки	Герпес
2000	2067	2909	2698	1180	1269	239	10362	19,9%	28,1%	26,0%	11,4%	12,2%	2,3%
2001	1796	2555	2669	1305	1401	274	10000	18,0%	25,6%	26,7%	13,1%	14,0%	2,7%
2002	1254	1721	2320	1179	1873	332	8679	14,4%	19,8%	26,7%	13,6%	21,6%	3,8%
2003	1018	1390	2269	1295	2498	420	8890	11,5%	15,6%	25,5%	14,6%	28,1%	4,7%
2004	804	1250	1626	1153	2026	501	7360	10,9%	17,0%	22,1%	15,7%	27,5%	6,8%
2005	681	1236	1834	1255	2487	379	7872	8,7%	15,7%	23,3%	15,9%	31,6%	4,8%
2006	559	1191	1601	1500	2957	318	8126	6,9%	14,7%	19,7%	18,5%	36,4%	3,9%
2007	695	1220	1626	2022	2962	360	8885	7,8%	13,7%	18,3%	22,8%	33,3%	4,1%
2008	571	1251	1441	2078	3403	425	9169	6,2%	13,6%	15,7%	22,7%	37,1%	4,6%
2009	496	1070	1305	2006	3718	327	8922	5,6%	12,0%	14,6%	22,5%	41,7%	3,7%
2010	621	1012	1167	1972	3120	330	8222	7,6%	12,3%	14,2%	24,0%	37,9%	4,0%
2011	630	831	982	2238	3181	350	8212	7,7%	10,1%	12,0%	27,3%	38,7%	4,3%
2012	505	901	869	2460	2998	381	8114	6,2%	11,1%	10,7%	30,3%	36,9%	4,7%
2013	402	725	755	2043	2709	373	7007	5,7%	10,3%	10,8%	29,2%	38,7%	5,3%
2014	320	506	594	1595	2773	466	6254	5,1%	8,1%	9,5%	25,5%	44,3%	7,5%
2015	331	371	485	1357	2794	450	5788	5,7%	6,4%	8,4%	23,4%	48,3%	7,8%
2016	290	273	392	1129	2536	388	5008	5,8%	5,5%	7,8%	22,5%	50,6%	7,7%
	Группа заболеваний 1			Группа заболеваний 2				Группа заболеваний 1			Группа заболеваний 2		

К 2016 году группа заболеваний 1 занимает долю менее четверти, а доля группы заболеваний 2 возросла до 80,9%. При этом, в течении всего



изучаемого периода наблюдается стабильное уменьшение доли группы заболеваний 1 (Рисунок 3).



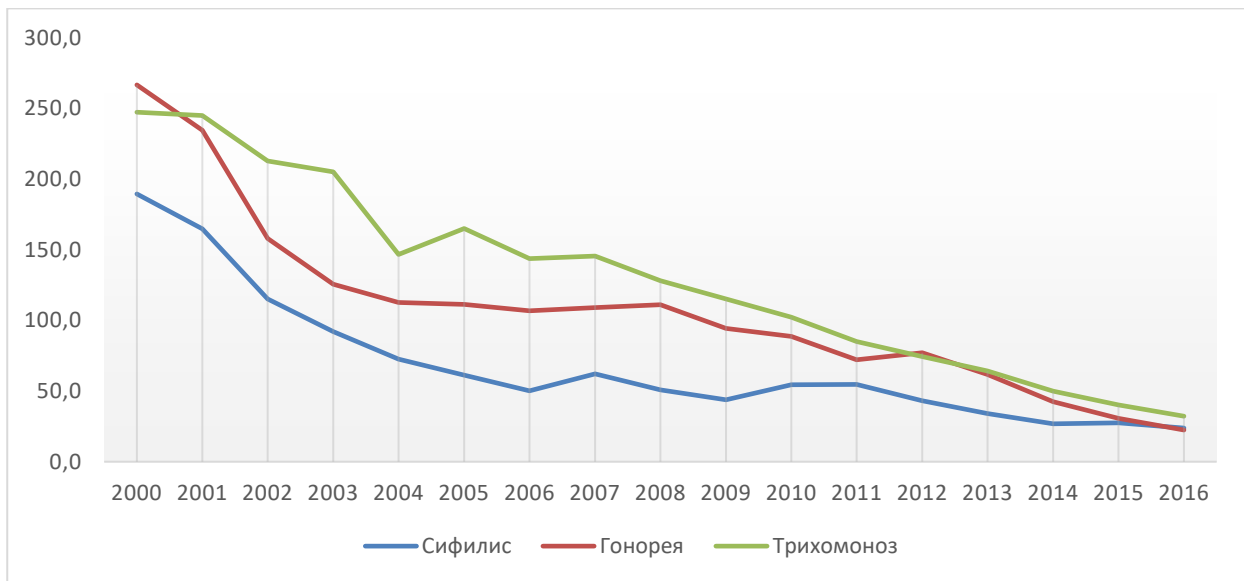
**Рисунок 3** Изменения в структуре заболеваемости ИППП по группам заболеваний в г. Казани за период 2000-2016 гг.

Динамика показателей общей заболеваемости по каждой нозологической форме за изучаемый период времени на территории города Казани различна (таблица 22).

**Таблица 22** – Динамика заболеваемости ИППП по нозологиям в г. Казани за период 2000-2016 гг. (на сто тысяч населения)

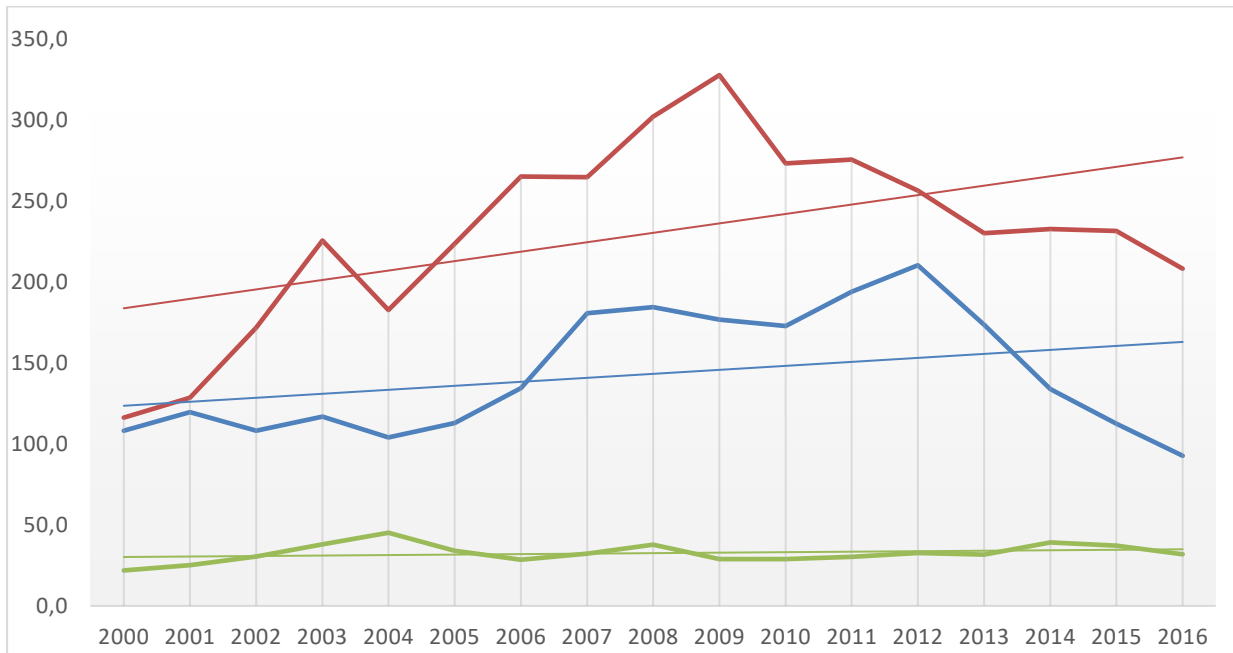
	Сифилис	Гонорея	Трихомоноз	Хламидиоз	Аногени- гальные бородавки	Герпес- урогени- гальный	ИППП
2000	189,46	266,64	247,30	108,16	116,32	21,91	949,77
2001	164,79	234,43	244,89	119,74	128,54	25,14	917,52
2002	115,08	157,93	212,90	108,19	171,88	30,47	796,45
2003	92,00	125,63	205,07	117,04	225,76	37,96	803,46
2004	72,53	112,77	146,69	104,02	182,77	45,20	663,98
2005	61,28	111,22	165,02	112,93	223,78	34,10	708,33
2006	50,16	106,88	143,67	134,61	265,36	28,54	729,23
2007	62,16	109,11	145,42	180,84	264,91	32,20	794,64
2008	50,73	111,15	128,03	184,63	302,36	37,76	814,68
2009	43,75	94,39	115,12	176,95	327,97	28,85	787,02
2010	54,43	88,69	102,28	172,83	273,45	28,92	720,60
2011	54,62	72,05	85,14	194,04	275,80	30,35	712,00
2012	43,21	77,09	74,35	210,48	256,51	32,60	694,25
2013	34,18	61,64	64,19	173,70	230,32	31,71	595,74
2014	26,87	42,49	49,88	133,94	232,86	39,13	525,17
2015	27,45	30,77	40,23	112,55	231,74	37,32	480,07
2016	23,83	22,43	32,21	92,77	208,39	31,88	411,52

Показатели заболеваемости сифилисом, гонореей и трихомонозом стабильно снижаются. Так, уровень заболеваемости сифилисом в 2000 году составлял 189,5 на сто тысяч населения, а к 2016 году снизился до 23,83 на сто тысяч населения; уровень заболеваемости гонореей в 2000 г. – 266,6 на сто тысяч населения, а к 2016 г. снизился до 22,43 на сто тысяч населения; трихомонозом в 2000 г. – 247,3 на сто тысяч населения, а к 2016 г. – 32,21 на сто тысяч населения (Рисунок 4).



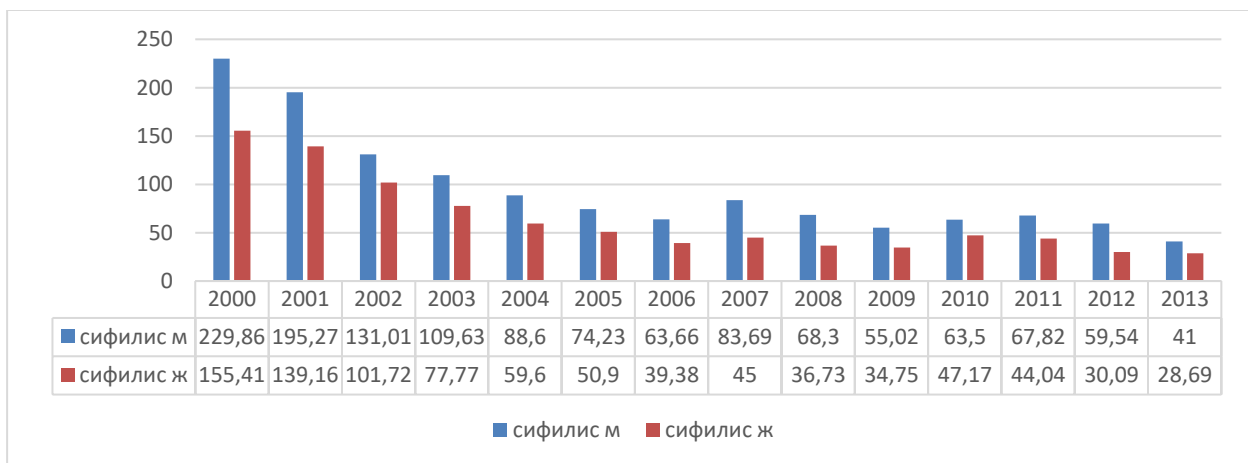
**Рисунок 4** Динамика общей заболеваемости сифилисом, гонореей и трихомонозом в г. Казань за период 2000-2016 гг. (на сто тысяч населения)

При изучении динамики показателей заболеваемости нозологических форм из группы заболеваний 2, линейные диаграммы не дают представления о тенденциях ее развития. Представленные на линейной диаграмме (Рисунок 5) динамические ряды требуют выравнивания, поскольку уровни ряда имеют выраженные колебания. Изменения показателей заболеваемости аногенитальными бородавками, герпесом урогенитальным и хламидиозом различны. При выравнивании показателей динамических рядов методом наименьших квадратов линия тренда указывает на увеличение уровня заболеваемости по каждой нозологической форме из группы заболеваний 2.



**Рисунок 5** Динамика заболеваемости аногенитальными бородавками, герпесом уrogenитальным и хламидиозом в г. Казань за период 2000-2016 гг.

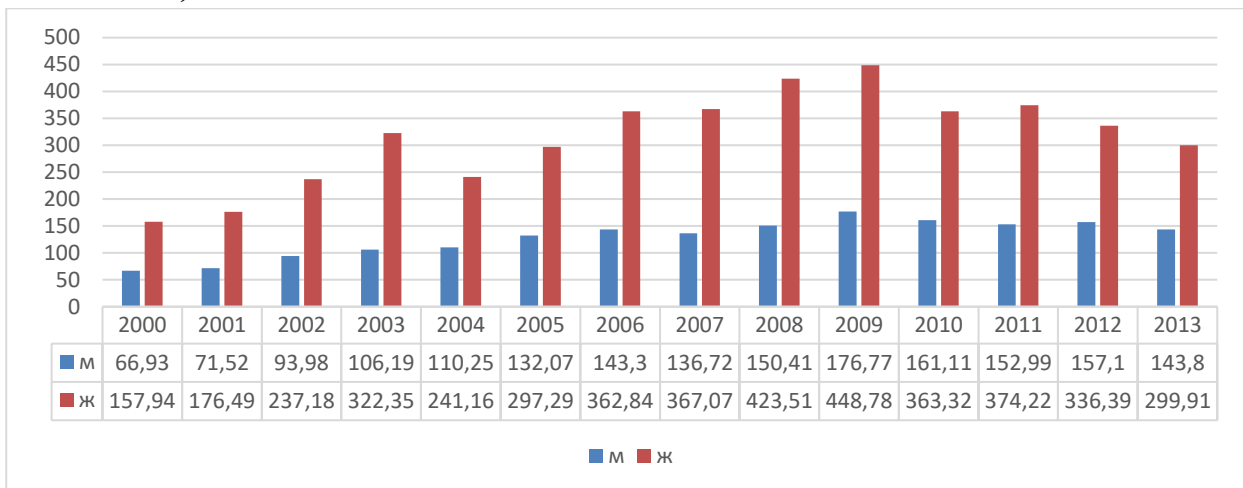
Проведенный анализ общей заболеваемости ИППП в г. Казань за 2000-2013 гг. выявил существенное расхождение между уровнем зарегистрированных больных мужчин и уровнем зарегистрированных больных женщин по следующим инфекциям, передаваемым половым путем: сифилис, гонорея, трихомоноз и аногенитальные бородавки (Рисунки 6, 7, 8, 9). 2014-2016 гг. наблюдается аналогичное расхождение.



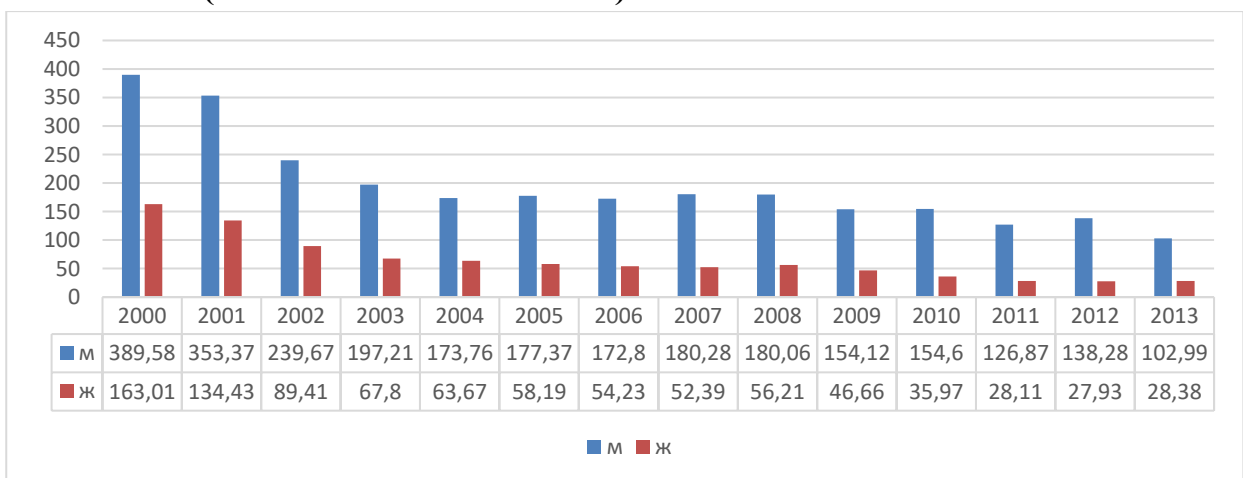
**Рисунок 6** Соотношение уровней общей заболеваемости сифилисом среди мужчин и женщин за 2000-2013 гг. в г. Казань (на сто тысяч населения)



**Рисунок 7** Соотношение уровней общей заболеваемости трихомонозом среди мужчин и женщин за 2000-2013 гг. в г. Казань (на сто тысяч населения)



**Рисунок 8** Соотношение уровней общей заболеваемости аногенитальными бородавками среди мужчин и женщин за 2000-2013 гг. в г. Казань (на сто тысяч населения)



**Рисунок 9** Соотношение уровней общей заболеваемости гонореей среди мужчин и женщин за 2000-2013 гг. в г. Казань (на сто тысяч населения)

На первый взгляд, по данным результатам можно сделать предположение, что распространенность этих четырех заболеваний в популяции зависит от пола. Однако ряд исследований показал, что значимых различий в распространенности ИППП среди женщин и мужчин нет ( $p > 0.05$ ) [223].

Другие же исследователи утверждают обратное. К примеру, в научной литературе встречается утверждение, что хламидии выявляются на порядок чаще среди женщин, чем среди мужчин [82, 209]. В связи с этим был проведен статистический анализ полученных данных на предмет наличия или отсутствия значимых различий между уровнями общей заболеваемости ИППП среди мужчин и женщин в г. Казани за период 2000-2013 гг. (Таблица 23).

**Таблица 23 – Достоверность разницы между уровнями общей заболеваемости ИППП среди мужчин и женщин в г. Казани за период 2000-2013 гг.**

Год	Сифилис	Гонорея	Трихомоноз	Хламидиоз	Аногенитальные бородавки	Герпес уrogenитальный
2000	8,76	22,08	34,10	3,52	14,38	2,67
2001	7,09	22,65	26,18	0,05	15,80	2,22
2002	4,44	18,90	26,96	2,21	18,67	0,48
2003	5,39	18,14	26,41	0,37	25,13	0,81
2004	5,52	16,33	16,01	3,79	16,69	2,09
2005	4,83	17,72	22,85	1,45	19,11	0,96
2006	5,54	17,95	26,52	1,29	23,50	0,54
2007	7,88	19,12	22,35	1,35	24,79	0,60
2008	7,14	18,46	23,28	1,63	27,66	0,72
2009	4,99	17,44	24,13	2,12	26,42	1,51
2010	3,65	19,74	26,25	2,25	21,45	1,41
2011	5,30	18,31	24,89	4,41	23,58	1,81
2012	7,34	19,87	22,18	1,34	19,81	0,95
2013	3,52	15,23	18,91	0,74	18,24	0,28
Разница	Достоверна	Достоверна	Достоверна	Отсутствует	Достоверна	Отсутствует

\*( $t=1,96$  при  $p=0,05$ )

На основании полученных результатов статистического анализа мы можем предположить несоответствие между действительно существующей распространенностью и официальной отчетной информацией государственных органов об общей заболеваемости ИППП среди населения в городе Казани за рассмотренный период времени, так как полученные данные

не соответствуют ни одной из ранее описанных теорий о распространенности ИППП среди популяции.

Рассмотрим, какая ситуация сложилась по данной проблематике за пределами изучаемой территории. Показатели общей заболеваемости некоторых нозологических форм ИППП, как в Казани, так и в РФ до сих пор в разы превышают аналогичные в других развитых странах. Так в 2013 году уровень общей заболеваемости сифилисом в Казани составил 34,18 на сто тысяч населения, а в США 5,3 на сто тысяч населения. И это не случайный показатель одного года, для примера рассмотрим более ранний период времени (2009 – 2012 гг.): уровень общей заболеваемости сифилисом в Казани составил в 2009 г. – 43,75 на 100 000, в 2010 г. – 54,43 на 100 000, в 2011 г. – 54,62 на 100 000 и в 2012 г. – 43,21 на 100 000, в свою очередь в США данный показатель составлял в 2009 г. – 4,6 на 100 000, в 2010 г. – 4,5 на 100 000, в 2011 г. – 4,5 на 100 000 и в 2012 г. – 5,0 на 100 000. Аналогичные показатели по России немного выше, чем в Казани в 2009 г. – 53,3 на 100 000. В сравнении со странами Европы уровни заболеваемости сифилисом и гонореей остаются неудовлетворительными (Таблица 24).

**Таблица 24 – Заболеваемость сифилисом и гонореей в Казани, по России и в странах Европы за период 2009-2013**

год	Гонорея			Сифилис		
	РФ	Казань	Европа	РФ	Казань	Европа
2009	48,10	94,39	8,20	53,30	43,75	4,40
2010	42,70	88,69	8,70	44,90	54,43	4,10
2011	38,10	72,05	10,50	37,60	54,62	4,50
2012	36,30	77,09	12,50	33,00	43,21	4,50
2013	29,80	61,64	16,90	28,90	34,18	5,40

Если же отталкиваться от данных 2008-го года, то общая заболеваемость сифилисом в РФ на 100 тысяч населения была в 20 раз выше, чем в США и развитых странах Евросоюза, на этот же год приходится максимальный уровень заболеваемости ИППП в городе Казани за последнее десятилетие. Следует отметить, что в РФ общая заболеваемость вирусными ИППП на фоне

общего снижения заболеваемости другими инфекциями из этого блока увеличивается. Так, например, темп прироста по РФ в 2009 г. по сравнению с 2003г. составил +6,7% урогенитальным герпесом и +10,5% аногенитальными бородавками. Высокий темп роста общей заболеваемости вирусными инфекциями отмечается в Южном, Уральском, и Приволжском федеральных округах.

Отдельно обратим внимание на Республику Татарстан, где наблюдается рост больных с аногенитальными бородавками по сравнению с 2000 г. Так в 2000 г. общая заболеваемость аногенитальными бородавками на территории республики составляла 51,8 на сто тысяч населения, а в 2013 г. составила 105,4 на сто тысяч населения. То есть уровень общей заболеваемости аногенитальными бородавками в регионе на 2013 год вырос по сравнению с уровнем общей заболеваемости 2000 года более чем в два раза.

Ретроспективный статистический анализ показателей заболеваемости ИППП в г. Казани за период 2000-2014 гг. проведен благодаря существующей в Российской Федерации системе эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем. Основопологающим элементом системы эпидемиологического надзора за ИППП является система учета и регистрации случаев заболеваний, которые фиксируются при помощи извещения о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса урогенитального и аногенитальных бородавок. Следовательно, извещение оформляется при обращении такого больного в кожно-венерологический диспансер или иную медицинскую организацию, работающую по профилю дерматовенерология и подающую данные сведения в соответствующие органы. Этот факт говорит о том, что оценка эпидемиологической ситуации по поводу ИППП составляется на основании, в первую очередь, обращаемости пациентов в медицинские учреждения.

При этом, основная роль в осуществлении регистрации случаев заболеваний, обусловленных ИППП, принадлежит кожно-венерологическому диспансеру (КВД), а лечебно-диагностическая и противоэпидемическая функции разделены между КВД и другими медицинскими организациями. Такая практика затрудняет осуществление эпидемиологического надзора за ИППП из-за сложностей с документооборотом.

Ряд авторов отмечают, что укрепление и активное развитие коммерческой медицины повысило доступность медицинских услуг для пациентов с положительными результатами лабораторных анализов на те или иные ИППП, однако статистические данные, регистрируемые в таких медицинских организациях, зачастую не передаются в государственные органы официальной статистики РФ [42, 43, 44, 67, 109, 179].

Анализируя особенности симптомов течения различных заболеваний, обусловленных ИППП, пришли к выводу, что у конкретного заболевания они могут проявляться в виде острой клинической картины у мужчин и быть стертыми у женщин и наоборот.

Как пример, рассмотрим течение гонококковой инфекции, так, если у мужчин в большинстве случаев она протекает классически, то до 90% женщин, страдающих гонореей, не имеют никаких клинических симптомов. В свою очередь, у мужчин нередко наблюдается маломанифестное торпидное течение трихомонадной инфекции [222, 223].

К основным причинам данного несоответствия мы относим то, что:

1. Не все организации, работающие по профилю дерматовенерология, подают отчетную информацию о выявленных случаях ИППП в соответствующие органы;

2. Часть инфицированного населения не обращается за помощью, в связи с особенностями течения некоторых случаев заболеваний, обусловленных ИППП;



3. Разница между долей зарегистрированных больных мужчин и долей зарегистрированных больных женщин не является следствием различий, обычно существующих в популяции. Данная разница возникла по причине несоответствия количества пациентов, обратившихся за медицинской помощью, количеству реально инфицированного населения. Отсюда следует, что одна из основных функций КВД и других медицинских организаций, осуществляющих деятельность по направлению дерматовенерология, – выявление лиц, явившихся источником заражения, осуществляется недостаточно объективно, так как неопределенное количество случаев остается незарегистрированным.

Таким образом, в городе Казань за период 2000-2016 гг. наблюдается снижение уровня общей заболеваемости ИППП. Так, к 2016 году уровень общей заболеваемости ИППП в г. Казани снизился более чем на 50% по сравнению с 2000 г. и составил 411,52 на сто тысяч населения.

Доля молодежи в возрастной структуре заболеваемости стабильно занимает первое место, и к 2016 году составляет 64,8 % от общего числа зарегистрированных случаев заболевания ИППП.

Структура заболеваемости ИППП по нозологическим формам изменилась. Доля таких заболеваний, как аногенитальные бородавки, герпес уrogenитальный и хламидиоз, возросла к 2016 г. до 80,9%, с 26% в 2000 г. При этом каждая из перечисленных нозологических форм имеет тенденцию роста уровня распространенности.

В связи с особенностями эпидемиологического надзора за ИППП в РФ мы предполагаем, что реальная распространенность ИППП среди населения страны выше показателей общей заболеваемости, регистрируемых органами официальной статистики.

#### **Глава 4 О факторах, способствующих заражению инфекциями, передаваемыми половым путем, и индивидуальном прогнозировании риска возникновения и развития данных инфекций**

По данным Республиканского медицинского информационно-аналитического центра в городе Казани в 2014 году было зарегистрировано четыре тысячи двести тридцать три случая установленного диагноза заболевания, обусловленного инфекциями, передаваемыми половым путем, в возрасте от 15 до 29 лет. В 2014 году в Казани проживало 29891 человек в возрасте 15-17 лет, 24575 в возрасте 18-19 лет, 109181 – 20-24 лет, 122080 – 25-29 лет, то есть количество молодежи составило всего 285727 человек.

Согласно формуле -  $n=t^2pqN/(\Delta^2N \pm pqt^2)$ , приведенной в второй главе данной научно-исследовательской работы, искомая выборочная совокупность составила 400 респондентов, которых разделили согласно половозрастной структуре молодежи на четыре подгруппы: 42 человек в возрасте 15-17 лет, 34 – 18-19 лет, 154 – 20-24 лет, 170 – 25-29 лет (Таблица 25).

**Таблица 25 – Объем выборочной совокупности для основной группы**

Возраст	Генеральная	%	Количество случаев	ИППП %	Необходимая выборка
15-17 лет	29891	10.5%	установленного диагноза ИППП в группе 15-29 лет		42
18-19 лет	24575	8.5%			34
20-24 лет	109181	38.5%			154
25-29 лет	122080	42.5%			170
Всего:	285727	100%	4233	1,48%	400

Социально-гигиеническим исследованием факторов, влияющих на возникновение и развитие ИППП, среди молодежи охвачено 2300 человек, проживающих в г. Казани, в возрасте от 15 до 29 лет включительно. По окончании разработки материала, среди оставшихся для дальнейшего анализа 2145 карт опроса, 1072 было заполнено респондентами, перенесшими ИППП, 201 из них перенесли ИППП два и более раз на тот момент, и 1073 - здоровыми респондентами, 233 из них не имели на тот момент сексуального опыта.

Занятость опрошенной молодежи на момент исследования распределена следующим образом: 22,1% - не учились и не работали; 3,1% обучались в общеобразовательных организациях; 32,9% проходили обучение в специальном учебном заведении или получали высшее образование очной формы обучения; 41,8% - работали (Приложении 1 Таблица 1). Таким образом в популяции молодежи существует четыре основных группы занятости, на которые необходимо ориентироваться при разработке профилактических мероприятий.

На момент проведения исследования 22,9% опрошенных получили основное общее образование (9 классов), 39,2% - среднее общее образование, 20,5% - среднее профессиональное образование, 17,4% - высшее образование. При этом в группе здоровых респондентов доля получивших высшее образование больше примерно в пять раз (28,9% - здоровые респонденты. 6,0% - респонденты, перенесшие ИППП) (Приложении 1 Таблица 1).

Из числа всех опрошенных респондентов 11,4% проживали в общежитиях, 6,8% снимали комнаты, 25,8% снимали квартиры, 40,5% проживали в собственной квартире, 15,4% проживали в собственном доме. При этом 62,5% на момент исследования были холосты, 27,6% состояли в браке, 9,1% были разведены и у 0,7% потеряли своих супругов (вдова/вдовец) (Приложении 1 Таблица 1).

Совместное с родителями проживало 24,8% опрошенной молодежи, с детьми – 15,7%, с родителями и детьми – 6,7%, отдельно – 52,8%. Неблагополучный климат в семье отметили 29%. При этом материальное состояние своих семей респонденты оценили следующим образом: «мы всем обеспечены, считаем, что живем очень хорошо» - 24,2%, «живем хорошо, без особых материальных проблем» - 30,1%, «живем средне» - 24,5%, «материально живем трудно, приходится на всем экономить» - 15,8%, «живем очень бедно, еле сводим концы с концами» - 5,4%. Что касается вероисповедания, только 13,1% считали себя истинно верующими, почти

четверть опрошенной молодежи (24,9%) являлись агностиками. Психологическое состояние в семье на момент проведения исследования 59,9% опрошенных оценили, как «комфортное», 26,3% - «нейтральное», 13,8% - «напряженное». Психологическое состояние в компании друзей 66,8% опрошенных оценили, как «комфортное», 23,1% - «нейтральное», 10,1% - «напряженное». Психологическое состояние на работе 61,8% опрошенных оценили, как «комфортное», 27,9% - «нейтральное», 10,3% - «напряженное». Больше трети респондентов (35,8%) были воспитаны в неполной семье, а 3,3% воспитывались в специальном учреждении.

54,3% респондентов на момент опроса так или иначе употребляли никотин содержащие вещества. При этом совершенно не занимались спортом только 26,2%. Совершенно не употребляли алкоголь 37,9%, а 8,9% употребляли ежедневно или почти каждый день. Когда-либо в жизни пробовали наркотические вещества 23,1%. Среди респондентов, имевших опыт употребления наркотических веществ (489 человек), полностью отказались от наркотиков только 26,4%, несколько раз в год употребляли 45,2%, 24,9% - несколько раз в месяц, оставшиеся 3,5% - еженедельно.

В отношении организации отдыха наименьшая часть опрошенной молодежи предпочитает проводить досуг пассивно (дом, дача, сон, просмотр телевизионных каналов, книга, интернет и т.д.) – 33,5%, наибольшая часть (66,5%) предпочитает активные виды отдыха: активно развлекательные (ночные клубы, походы в кинотеатры, игровые зоны, бары и т.д.) – 27,2%, активно спортивные (сплав, горные лыжи, футбол, танцы и т.д.) – 23,7%, активно культурные (путешествия, посещения музеев. Выставок, семинаров, различных тренингов и т.д.) – 15,6% (Приложении 1 Таблица 1).

С примерно одинаковой частотой молодежь знакомилась на момент опроса с лицами противоположного пола в общественных местах, через друзей, в сети интернет и в ночных клубах. При этом при выборе лица противоположного пола с целью создания взаимоотношение параметр

внешность отметили, как очень важный – 26,8%, параметр социальный статус был очень важен только для 14,3%, материальная обеспеченность очень важна для 20,0%, общение оказалось самым важным параметром, так как очень важно отметили 50,8%, репутация же очень важна была лишь для 22,9%.

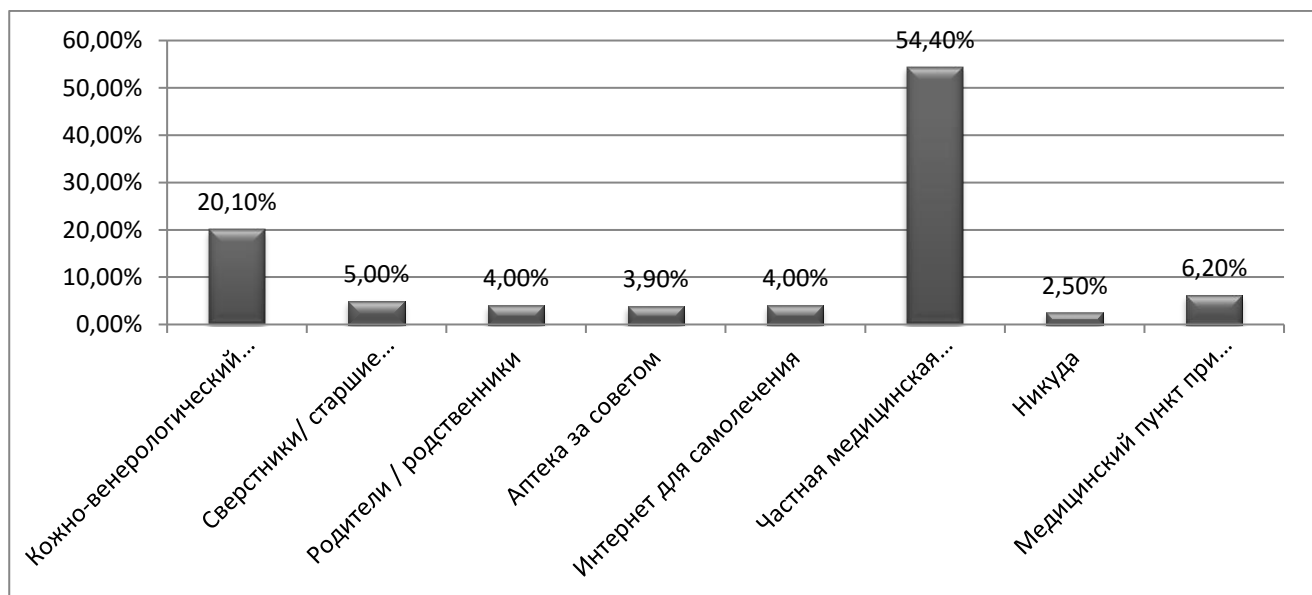
Уровень информированности здоровых респондентов оказался в среднем на 30% выше уровня информированности респондентов, перенесших ИППП.

При этом вся опрошенная молодежь когда-либо слышала о существовании инфекций, передаваемых половым путем. 9,1% получили информацию об этом от родителей или родственников, 19,3% обсуждали данный вопрос со сверстниками или старшими товарищами, 17,2% впервые узнали об ИППП от педагогов, 8,6% - средства массовой информации, 12,9% - интернет, 7,7% - специальная литература, 25,3% информацию о данных инфекциях получили от медицинских работников.

Среди опрошенной молодежи 10,9% не имели сексуального опыта на момент опроса. Среди остальных первый сексуальный опыт был по взаимному согласию у 69,4%, имел насильственный характер у 4,3%, произошел в состоянии алкогольного опьянения с 16,0%, в состоянии наркотической эйфории у 10,3%. При этом среди лиц, живущих половой жизнью, наличие лишь одного полового партнера за всю свою жизнь к моменту опроса отметили только 9%, 34,4% отметили пункт – «от 2 до 5 половых партнеров», 24% - «6-10» и почти треть (32,5%) отметила пункт «10 и более». Однако стоит отметить, что такая высокая доля сформировалась в основном за счет влияния ответов группы респондентов, перенесших ИППП, в их группе пункт «10 и более» отметили более половины, в группе же здоровых респондентов данный пункт отметили лишь 9,5%. Опыт ведения половой жизни сразу с несколькими сексуальными партнерами (в том числе измены) имели более половины респондентов – 56,5%, при этом 29,7% практикует промискуитет периодически (79,6% здоровых респондентов отметили отсутствие подобного

опыта). Опыт сексуальных взаимоотношений в первые часы знакомства имели 28,3%, при этом 11,5% практикует таковые периодически (85,7% здоровых респондентов отметили отсутствие подобного опыта). Коммерческими сексуальными услугами пользовались когда-либо 21,8%, при этом 14,8% пользуются периодически (94% здоровых респондентов отметили отсутствие подобного опыта) (Приложении 1 Таблица 1). Не смотря на все выше перечисленное только 68,6% респондентов когда-либо приобретали презерватив. Среди здоровых респондентов только 51,4% когда-либо проходили профилактическую проверку на ИППП.

Отметим, что из опрошенных респондентов более половины (54,40%) впервые за помощью по поводу ИППП обратились именно в частную медицинскую организацию, лишь около пятой части обратились в кожно-венерологический диспансер (Рисунок 10).



**Рисунок 10 Куда впервые обратились за помощью по поводу ИППП опрошенные респонденты (%).**

Все количественные переменные проверили на их соответствие нормальному распределению. Количественными переменными являлись: «возраст первого опыта употребления наркотических веществ», «уровень информированности по вопросам ИППП», «самооценка уровня информированности по вопросам ИППП», «возраст сексуального дебюта»,

«использование презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнёром» и «наиболее подходящий возраст для проведения первичной профилактики ИППП, по мнению респондента». В результате выяснилось, что нормальному распределению не соответствует ни одна количественная переменная. В связи с этим дальнейший анализ был проведен при помощи непараметрических методов.

Средний возраст полового дебюта в группе здоровых респондентов составил 16 лет, 71 человек из данной группы имел опыт употребления наркотических веществ, начало которого приходится в среднем на 18 лет. Средние уровни самооценки и уровня информированности соответствуют друг другу и составляют 73%. Респонденты в данной группе используют презерватив при контакте с новым половым партнером в среднем в 99% случаев. А возрастом начала проведения первичной профилактики ИППП, по их мнению, является возраст 15 лет. Средние величины количественных переменных в группе здоровых респондентов представлены в таблице 25.

**Таблица 25 – Средние величины количественных переменных (здоровые респонденты)**

Переменные	Возраст первого опыта употребления наркотических веществ	Уровень информированности по вопросам ИППП (%)	Самооценка уровня информированности по вопросам ИППП (%)	Возраст сексуального дебюта	Использование презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнёром (%)	Наиболее подходящий возраст для проведения первичной профилактики ИППП, по мнению респондента
Медиана	18	73	73	16	99	15
Процентили	25	15	67	15	85	14
	75	22	85	18	100	16

Средний возраст полового дебюта в группе респондентов, перенесших ИППП, составил 14 лет, при этом около половины группы (418 человек) имели опыт употребления наркотических веществ, начало которого приходится в среднем на 15 лет. Средние уровни самооценки (60%) и уровня

информированности (43%) не соответствуют друг другу. Респонденты в данной группе используют презерватив при контакте с новым половым партнером в среднем в 70% случаев. А возрастом начала проведения первичной профилактики ИППП, по их мнению, является возраст 14 лет. Средние величины количественных переменных в группе респондентов, перенесших ИППП, представлены в таблице 26.

**Таблица 26 – Средние величины количественных переменных (респонденты, перенесшие ИППП).**

Переменные	Возраст первого опыта употребления наркотических веществ	Уровень информированности по вопросам ИППП (%)	Самооценка уровня информированности по вопросам ИППП (%)	Возраст сексуального дебюта	Использование презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнёром (%)	Наиболее подходящий возраст для проведения первичной профилактики ИППП, по мнению респондента	
Медиана	15,00	43,00	60,00	14,00	70,00	14,00	
Процентили	25	14,00	32,00	50,00	13,00	50,00	13,00
	75	17,00	57,75	90,00	15,00	90,00	15,00

Различия по всем количественным переменным в двух группах респондентов (здоровые респонденты и респонденты, перенесшие ИППП) статистически достоверны ( $p < 0,001$ ).

В ходе разработки материала был отмечен высокий уровень информированности респондентов, перенесших ИППП 2 и более раз, в связи с этим из двух имеющихся выборок сформировали 3 группы: здоровые респонденты, респонденты с впервые диагностированным ИППП, респонденты, перенесшие ИППП 2 и более раз.

В группе респондентов с впервые диагностированным ИППП самые низкие показатели уровня информированности (43%) и его самооценки (50%) и случаев использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером (67%). Однако, в группе респондентов, перенесших ИППП 2 и более раз, показатели уровня информированности и его



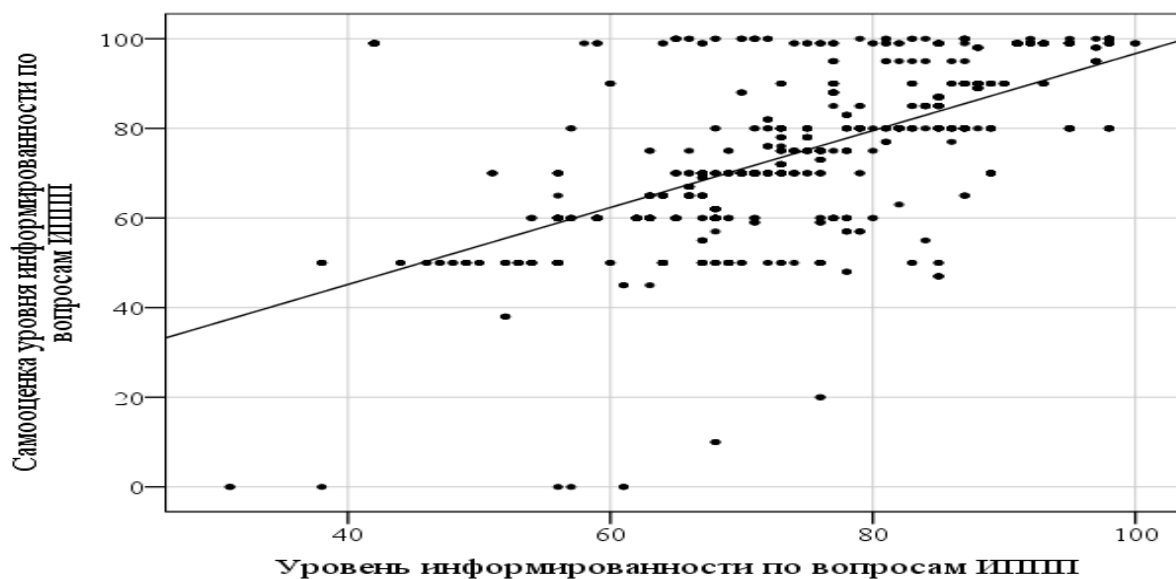
самооценки (87%; 99% соответственно) выше даже чем аналогичные показатели в группе здоровых респондентов (73%; 73%). Респонденты, перенесшие ИППП 2 и более раз, используют презерватив при первом сексуальном контакте с новым половым партнером в среднем в 80% случаев, данный показатель превышает группу респондентов с впервые диагностированным ИППП, однако ниже показателей группы здоровых респондентов. По остальным количественным показателям заново сформированные 2 группы респондентов из числа респондентов, перенесших ИППП, различий между собой не имеют (Таблица 27).

**Таблица 27 – Медианы количественных переменных среди трех заново сформированных групп.**

Три группы:		Возраст первого опыта употребления наркотических веществ	Уровень информированности по вопросам ИППП (%)	Самооценка уровня информированности по вопросам ИППП (%)	Возраст сексуального дебюта	Использование презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнёром (%)	Наиболее подходящий возраст для проведения первичной профилактики ИППП, по мнению респондента
Здоровые респонденты	N*	71	1073	1071	840	836	1071
	%	14,5%	50,0%	50,0%	44,0%	43,8%	50,0%
	Me	18,0	73,0	73,0	16,0	99,0	15,0
Респонденты, перенесшие ИППП 1 раз	N*	290	871	871	869	871	871
	%	59,3%	40,6%	40,6%	45,5%	45,6%	40,6%
	Me	15,0	<b>40,0</b>	<b>58,0</b>	14,0	<b>67,0</b>	14,0
Респонденты, перенесшие ИППП 2 и более раз	N*	128	201	201	201	201	201
	%	26,2%	9,4%	9,4%	10,5%	10,5%	9,4%
	Me	15,0	<b>87,0</b>	<b>99,0</b>	14,0	<b>80,0</b>	14,0

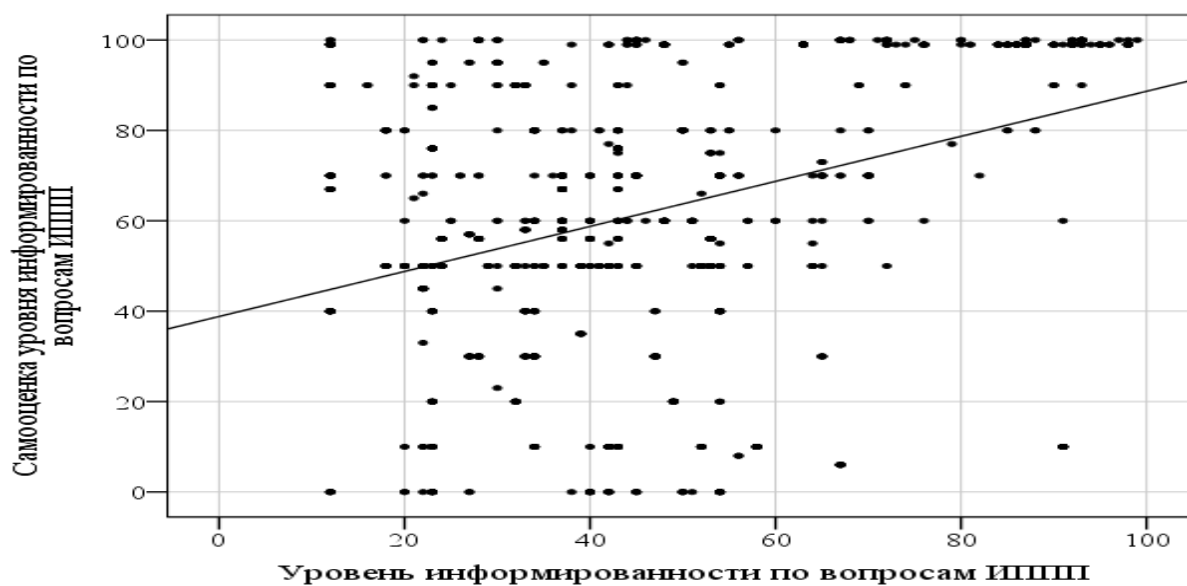
\* N – количество.

Выявлена сильная зависимость Уровня информированности и Самооценки в группе здоровых респондентов (сила связи = 0,678,  $p < 0,001$ ) (Рисунок 10).



**Рисунок 10** Зависимость Уровня информированности и Самооценки в группе здоровых респондентов (сила связи = 0,678,  $p < 0,001$ ).

В группе респондентов, перенесших ИППП, зависимость этих же переменных оказалась гораздо слабее (сила связи = 0,347,  $p < 0,001$ ) (Рисунок 11).



**Рисунок 11** Зависимость Уровня информированности и Самооценки в группе респондентов, перенесших ИППП (сила связи = 0,347,  $p < 0,001$ ).

Информированность по вопросам ИППП в среднем на 17% ниже, чем собственные предположения об уровне знаний по данной тематике, среди лиц, опрошенных на момент постановки им диагноза ИППП.

При анализе порядковых и категориальных переменных по следующим параметрам не было выявлено статистически значимых различий между здоровыми респондентами и респондентами, перенесшими ИППП: «частота знакомства с лицами противоположного пола через друзей и знакомых»; «степень важности материальной обеспеченности и общения при выборе лиц противоположного пола с целью создания взаимоотношений»; «опыт приобретения презерватива»; «осведомленность о существовании инфекций, передаваемых половым путем». При чем ответ на вопрос «слышали ли Вы про ИППП» 100% респондентов ответили положительно.

По остальным параметрам, вошедшим в карту опроса (Приложение 3), различия между здоровыми респондентами и респондентами, перенесшими ИППП, статистически значимы ( $p < 0,05$ ).

Рассчитанные шансы каждого параметра, имеющего статистически достоверные различия, чей доверительный интервал не пересекал единицы, суммированы. Их сумма приравнена к 100%. 18 из них занимают долю в 89.2% - эти параметры отобраны для дальнейшего анализа, так как признаны наиболее весомыми факторами, среди всех изучаемых в данном исследовании (Таблица 28). Таким образом, принадлежность респондента к группе лиц, перенесших ИППП, ассоциируется с признаком «промискуитет» в том смысле, что секс с несколькими половыми партнёрами одновременно повышает в 21,92 раза (по отношению к отсутствию данного фактора) шансы респондента оказаться среди зараженных данными инфекциями и данный фактор оказывает прямое воздействие. Однако, принадлежность респондента к группе лиц, перенесших ИППП, ассоциируется также с признаком «курение» в том смысле, что употребление никотин содержащих веществ повышает в 44,32 раза (по отношению к отсутствию данного фактора) шансы респондента оказаться среди зараженных данными инфекциями. Этот факт говорит о том, что наличие такой ассоциации не утверждает наличие причинно-следственной связи между признаком «курение» и диагнозом «ИППП», так как данный

фактор не оказывает прямого воздействия и является косвенным. Поэтому отобранные 18 факторов рассматриваются как наиболее весомые или как наиболее распространенные среди лиц, перенесших инфекции, передаваемые половым путем. А иерархия и сила влияния этих факторов должна быть рассчитана на основании построения прогностической модели с учетом совокупного влияния всех отобранных факторов за исключением косвенных.

**Таблица 28 – Отношение шансов (ОШ) по параметрам, имеющим статистически значимые различия между здоровыми респондентами и респондентами, перенесшими ИППП**

№		%	ОШ	95% ДИ*
1	Курение	13,35	44,32	34,24 - 57,37
2	Употребления алкоголя	10,74	35,66	26,88 - 47,30
3	Неблагоприятный микроклимат в семье	7,02	23,32	17,13 - 31,74
4	Промискуитет	6,60	21,92	17,34 - 27,85
5	Психологическое состояние в семье некомфортное	6,33	20,99	16,55 - 26,64
6	Низкий уровень информированности по вопросам ИППП	6,31	20,93	16,72 - 26,22
7	Практика сексуальных взаимоотношение в первые часы знакомства	5,40	17,91	14,12 - 22,71
8	Количество половых партнеров к моменту опроса более одного	4,92	16,32	9,53 - 27,96
9	Наркотическая эйфория, алкогольное опьянение или насилие при сексуальном дебюте	4,63	15,36	11,29 - 20,88
10	Психологическое состояние на работе некомфортное	3,49	11,59	9,32 - 14,42
11	Отсутствие веры в бога	3,37	11,19	9,14 - 13,71
12	Оценка материального состояния своей семьи – ниже среднего	3,08	10,21	7,62 - 13,68
13	Воспитание в неполной семье или специальном учреждении	2,84	9,42	7,66 - 11,60
14	Психологическое состояние с друзьями некомфортное	2,73	9,06	7,26 - 11,31
15	Опыт употребления некротических веществ	2,51	8,33	6,40 - 10,83
16	Практика коммерческих сексуальных взаимоотношений	2,48	8,22	6,02 - 11,24
17	Возраст сексуального дебюта младше 15 лет	1,79	5,95	4,89 - 7,24
18	Низкий процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером	1,61	5,34	4,37 - 6,52

\*доверительный интервал

Косвенными факторами признаны следующие: «курение», «употребление алкоголя», «опыт употребления наркотических веществ»,

«неблагоприятный микроклимат в семье», «психологическое состояние в семье, с друзьями и на работе – некомфортное», «отсутствие веры в бога», «оценка материального состояния своей семьи – ниже среднего», «воспитание в неполной семье или специальном учреждении».

К прямым отнесены: «промискуитет», «низкий уровень информированности по вопросам ИППП», «практика сексуальных взаимоотношений в первые часы знакомства», «количество половых партнеров к моменту опроса более одного», «наркотическая эйфория, алкогольное опьянение или насилие при сексуальном дебюте», «практика коммерческих сексуальных взаимоотношений», «возраст сексуального дебюта младше 15 лет» и «низкий процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером».

По отобранным 8 факторам произведен расчет Бинарной логистической регрессии для составления прогностической модели.

К последнему шагу (метод исключения Вальд) был выведен из состава матрицы фактор «количество половых партнеров к моменту опроса более одного».

Уровень статистической значимости итоговой модели соответствует  $p < 0,001$ .

После проведенной кросс-проверки процент верно классифицированных исходных сгруппированных наблюдений составил 87,4%. Чувствительность модели составила 80,3%, специфичность – 91,6%.

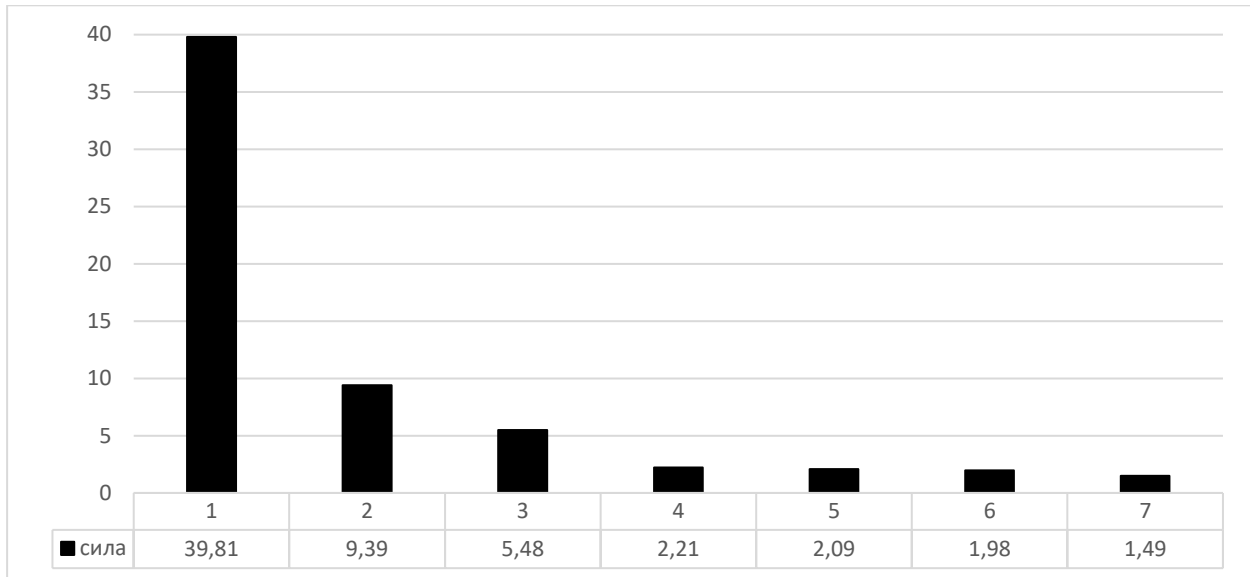
На основании данной модели составлена матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП (Таблица 29). Результатом расчета является бинарная переменная, где числа от 0 до 0.5 означают отсутствие риска, а от 0.5 до 1 присутствие риска возникновения и развития ИППП.

**Таблица 29 – Матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП**

№ «X»	Фактор	Кодировка биномиальной переменной	Значение «X»	Значение переменной в уравнении
X1	Возраст сексуального дебюта	Респондент указывает самостоятельно точный возраст в количестве лет	Возраст / 100	B1 = -39,81
X2	Уровень информированности респондента по вопросам ИППП	Интегрирована анкета по оценке уровня информированности респондента по вопросам ИППП. Результатом является балл от 0 до 100	Балл / 100	B2 = -9,39
X3	Процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером	Респондент самостоятельно указывает «%»	«%» / 100	B3 = -5,48
X4	Практика коммерческих сексуальных отношений	Нет	1	B4 = 2,21
		Допускается	2	
X5	Наркотическая эйфория, алкогольное опьянение или насилие при сексуальном дебюте	Нет	1	B5 = 2,09
		Да	2	
X6	Практика сексуальных взаимоотношений на первых часах знакомства	Нет	1	B6 = 1,98
		Допускается	2	
X7	Промискуитет	Нет	1	B7 = 1,49
		Да	2	
Рассчитываемый исход – уровень индивидуального риска возникновения и развития ИППП		Риск отсутствует	0-0,5	А – некоторая Константа = 14,22
		Вероятность возникновения и развития ИППП предельно высока	0,5-1	

По результатам расчета Бинарной логистической регрессии с использованием метода исключения Вальд получены данные о силе влияния каждого фактора на риск возникновения и развития ИППП у респондента при совместном воздействии всех учитываемых факторов риска, вошедших в итоговую прогностическую модель (матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП). Согласно этим данным, определена иерархия факторов риска возникновения и развития

ИППП путем математического преобразования коэффициентов логистической регрессии, что наглядно представлено на рисунке 12.



Где: 1 - Возраст сексуального дебюта; 2 – Уровень информированности по вопросам ИППП; 3 – Процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером; 4 – Практика коммерческих сексуальных взаимоотношений; 5 - Наркотическая эйфория, алкогольное опьянение или насилие при сексуальном дебюте; 6 - Практика сексуальных взаимоотношений на первых часах знакомства; 7 – Промискуитет.

### **Рисунок 12 Иерархия и сила влияния факторов риска развития и возникновения ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе**

Ниже приведены два примера использования матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП.

Пример 1. Респондент заполнил карту опроса, на основании чего получены следующие данные: мужчина, 21 год, проживает в Кировском районе города Казани, причина обращения – самодиагностика.

Сексуальный дебют состоялся в 13 лет ( $X_1 = 13/100 = 0,13$ ) и не был сопряжен ни с алкогольным опьянением, ни с наркотической эйфорией, насилия не было ( $X_4 = 2$ ). Уровень информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем равен 67% ( $X_2 = 54/100 = 0,54$ ). Презерватив использует при первом половом контакте с новым половым партнером примерно в 80% случаев ( $X_3 = 60/100 = 0,80$ ). Коммерческих сексуальных взаимоотношений никогда не было ( $X_5 = 1$ ). Практика сексуальных взаимоотношений на первых часах знакомства бывает в

состоянии алкогольного опьянения ( $X_6 = 2$ ). Промискуитет периодически ( $X_7 = 2$ ).

В результате анкетирования респондента получены данные по значениям независимых переменных, которые подставляем в формулу:

$$\text{Логистическая функция: } p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$

$$\text{Где } z = A + (B_1 * X_1) + (B_2 * X_2) \dots + (B_{13} * X_{13}),$$

$$z = 14,22 + (-39,81 * 0,13) + (-9,39 * 0,54) + (-5,48 * 0,80) + (2,21 * 1) + (2,09 * 1) + (1,98 * 2) + (1,49 * 2);$$

Из чего следует, что риск возникновения и развития ИППП у данного респондента равен:

$$p = \frac{1}{1 + e^{-z}} = 0,95, \text{ то есть присутствует.}$$

Пример 2. Респондент заполнил карту опроса, на основании чего получены следующие данные: женщина, 20 лет, проживает в Вахитовском районе города Казани, причина обращения - самодиагностика.

Сексуальный дебют состоялся в 19 лет ( $X_1 = 19/100 = 0,19$ ) и не был сопряжен ни с алкогольным опьянением, ни с наркотической эйфорией, насилия не было ( $X_4 = 1$ ). Уровень информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем равен 91% ( $X_2 = 91/100 = 0,91$ ). Презерватив использует при первом половом контакте с новым половым партнером примерно в 99% случаев ( $X_3 = 99/100 = 0,99$ ). Коммерческих сексуальных взаимоотношений никогда не было ( $X_5 = 1$ ). Практика сексуальных взаимоотношений на первых часах знакомства бывает в состоянии алкогольного опьянения ( $X_6 = 1$ ). Промискуитет периодически ( $X_7 = 1$ ).

В результате анкетирования респондента получены данные по значениям независимых переменных, которые подставляем в формулу:

$$\text{Логистическая функция: } p = \frac{1}{1 + e^{-z}}$$



Где  $z = A + (B1*X1) + (B2*X2)...+(B13*X13)$ ,

$$z = 14,22 + (-39,81*0,19) + (-9,39*0,91) + (-5,48*0,99) + (2,21*1) + (2,09*1) + (1,98*1) + (1,49*1);$$

Из чего следует, что риск возникновения и развития ИППП у данного респондента равен:

$$p = \frac{1}{1+e^{-z}} = 0.0006, \text{ то есть отсутствует.}$$

В связи с наличием вопросов, которые в подростковом возрасте могут иметь мотивационный контекст, данную прогностическую матрицу не рекомендуется применять среди лиц не достигших пятнадцатилетнего возраста.

Составленная матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП интегрирована в работу сайта Doctor16 для того, чтобы каждый желающий мог самостоятельно или по рекомендации врача обратиться к данному portalу, зарегистрироваться, пройти анкетирование, результатом которого будет определение наличия или отсутствия риска возникновения и развития данных инфекций.

Таким образом, в результате анализа 2145 карт опроса по изучению социально-гигиенического статуса респондентов были определены 18 наиболее распространенных факторов среди лиц, перенёсших ИППП. При помощи бинарной логистической регрессии по методу исключения Вальд составлена матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП среди молодежи, определены иерархия и сила влияния факторов риска заражения данными инфекциями: 1 – Раннее начало половой жизни (младше 15 лет) (сила влияния – 39,81, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 2 – Низкий уровень информированности по вопросам ИППП (ниже 60%) (сила влияния – 9,39, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 3 – Низкий процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером (ниже 90%) (сила влияния – 5,48,

уровень значимости  $p < 0,001$ ); 4 – Практика коммерческих сексуальных взаимоотношений (сила влияния – 2,21, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 5 - Наркотическая эйфория, алкогольное опьянение или насилие при сексуальном дебюте (сила влияния – 2,09, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 6 - Практика сексуальных взаимоотношений на первых часах знакомства (сила влияния – 1,98, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 7 – Промискуитет (сила влияния – 1,49, уровень значимости  $p < 0,001$ ).

На основе данной матрица разработана анкета, по итогам заполнения которой респондент получает информацию о том, присутствует ли у него риск возникновения и развития ИППП или отсутствует.

## Глава 5 Медико-социальная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи

Прежде чем приступить к описанию разработанных в ходе научно-исследовательской работы мероприятий, разберем результаты, полученные в ходе изучения мнения молодежи по вопросам проведения первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

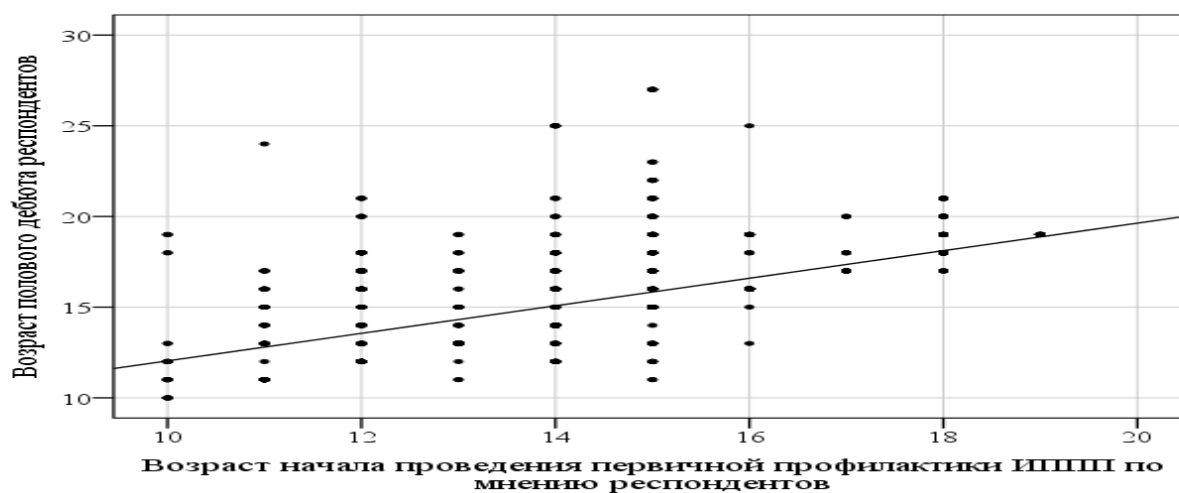
Средний возраст начала проведения первичной профилактики ИППП по мнению респондентов составил 14 лет (IQR 13:15). Анализ переменной, отвечающей на вопрос «В достаточной ли мере проводится первичная профилактика ИППП?», демонстрирует наличие статистически достоверного различия среди двух групп респондентов (здоровые респонденты и респонденты, перенесшие ИППП) ( $p < 0,001$ ). Так 97,8% респондентов, перенесших ИППП, считают, что первичная профилактика по данному вопросу проводится в недостаточном объеме, мнение здоровых респондентов в этом вопросе разделилось примерно поровну (Рисунок 13).



**Рисунок 13 Мнение молодежи о достаточности объема проводимой первичной профилактики ИППП**

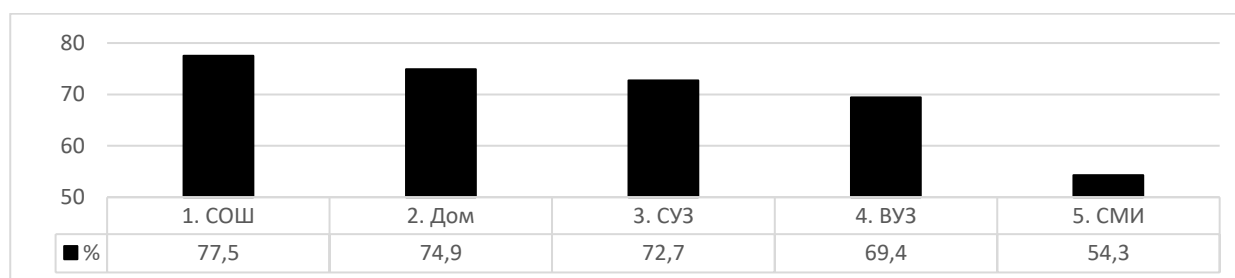
При этом четко прослеживается зависимость мнения молодежи о достаточности объемов проводимой первичной профилактики от наличия или отсутствия в анамнезе респондента ИППП (коэффициент Корреляции Спирмена = 0,569; средней силы;  $p < 0,001$ ).

Также определена зависимость мнения респондентов о возрасте начала проведения первичной профилактики ИППП от возраста их полового дебюта (коэффициент Корреляции Спирмена = 0,637; средней силы;  $p < 0,001$ ) (Рис. 14).



**Рисунок 14** Зависимость мнения респондентов о возрасте начала проведения первичной профилактики ИППП от возраста их полового дебюта

Для того, чтобы сложилось представление о мнении молодежи проведен статистический анализ ответов всех респондентов по вопросам проведения первичной профилактики ИППП. Проведено сравнение долей с положительными ответами. Первый вопрос – «Где необходимо проводить первичную профилактику?» (Рисунок 15).

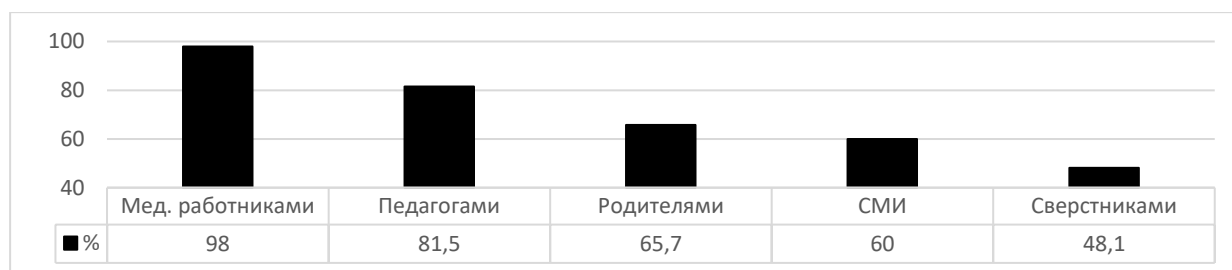


**Рисунок 15** Иерархия распределения положительных ответов среди вариантов места проведения первичной профилактики ИППП

Наибольший процент положительных ответов в отношении возможных вариантов мест проведения первичной профилактики принадлежит, согласно мнению респондентов, общеобразовательной организации – школе (77,5%), на

втором месте располагается – дом (74,9%), и третье занимает – среднее специальное учебное заведение (72,7%).

Второй вопрос – «Кто должен проводить первичную профилактику по степени важности?» (Рисунок 16).



**Рисунок 16 Иерархия распределения положительных голосов относительно лиц, предложенных для проведения первичной профилактики ИППП**

Наибольший процент положительных ответов в отношении возможных вариантов тех, кто будет осуществлять проведение первичной профилактики, принадлежит, согласно мнению респондентов, медицинским работникам (98%), на втором месте располагаются – педагоги (81,5%), и третье занимают – родители (65,7%).

Третий вопрос – «Чьему опытному мнению Вы доверяете больше всего?» (Рисунок 17).

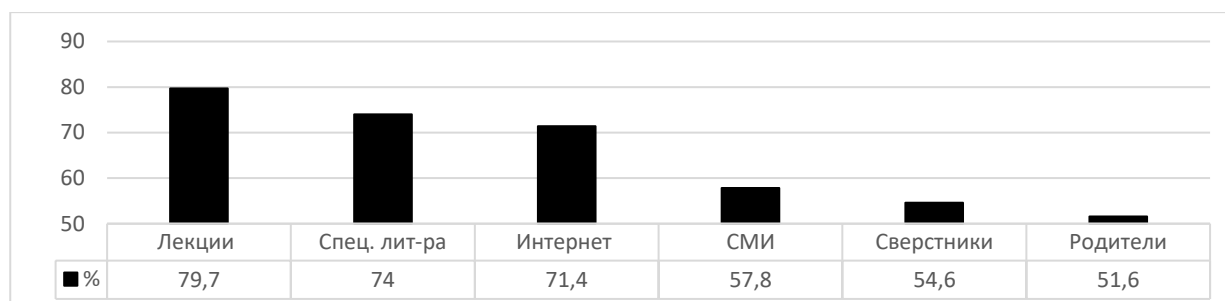


**Рисунок 17 Иерархия распределения положительных ответов молодежи по поводу доверия опытному мнению по вопросам ИППП**

Наибольший процент доверия по вопросам проведения первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, молодежь выказывает опытному мнению медицинских работников (97,3%), на втором

месте располагаются – педагоги (77,6%), и третье место занимают – родители (71,8%).

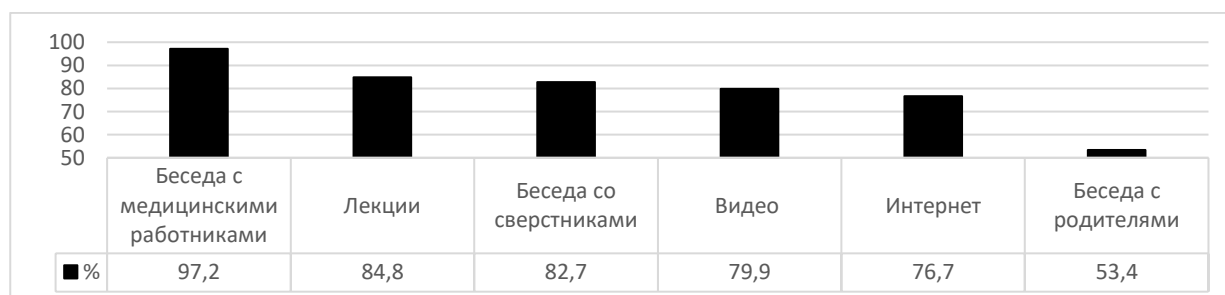
Вопрос четыре – «Какой источник обучения для Вас наиболее удобен?» (Рисунок 18).



**Рисунок 18 Иерархия распределения положительных голосов за наиболее удобный источник обучения по вопросам ИППП согласно мнению молодежи**

Относительно источника обучения по вопросам проведения первичной профилактики ИППП, согласно мнению молодежи, наибольший процент голосов отдан лекциям (79,7%), на втором месте располагается – специальная литература (74%), и третье занимает – интернет (71,3%), родители, в данном случае, оказались на последнем месте набрав только 51,6% из возможных 100%.

Вопрос пять – «Наиболее удобная форма восприятия информации для Вас?» (Рисунок 19).



**Рисунок 19 Иерархия распределения голосов за наиболее удобную форму восприятия информации по вопросам ИППП согласно мнению молодежи**

Говоря о форме восприятия информации по вопросам проведения первичной профилактики ИППП, согласно мнению молодежи, наибольший процент голосов отдан беседе с медицинскими работниками (97,2%), на

втором месте располагаются – лекции (84,8%), и третья занимает – беседа со сверстниками (82,7%).

Согласно полученным данным, по мнению молодежи, средний возраст начала проведения первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем составляет 14 лет. Проведено дополнительное статистическое исследование, целью которого стало: изучить занятость организованной молодежи в возрасте 14 лет. Выяснилось, что как раз этому возрасту соответствует средний возраст обучающихся восьмых классов города Казани (Таблица 30).

**Таблица 30 – Средний возраст обучающихся 8-9 классов на 2015-2016 учебный год в городе Казани**

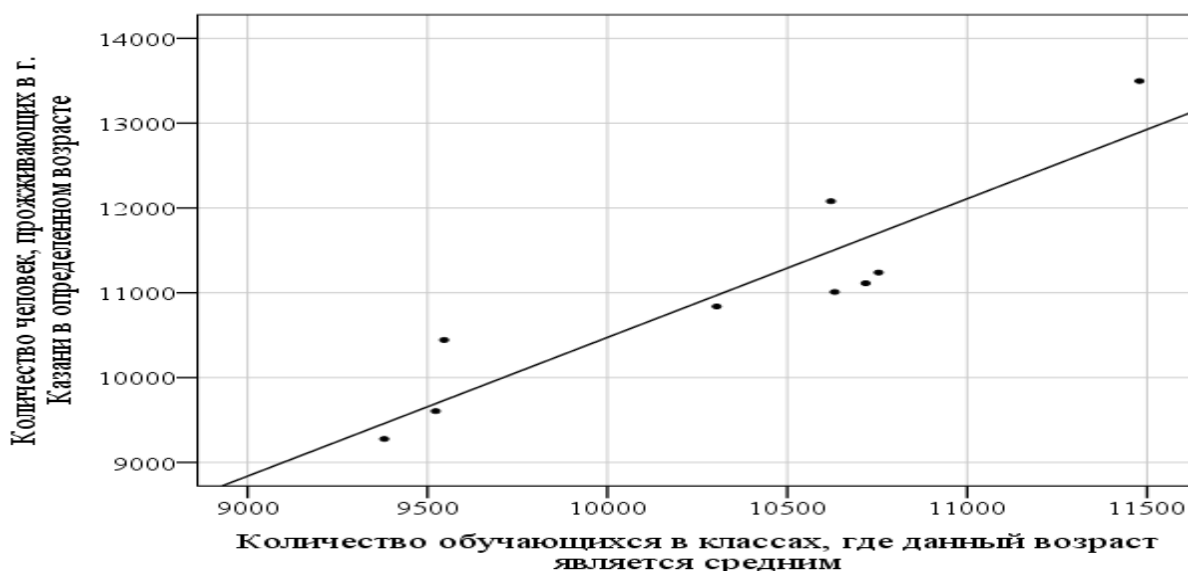
Возраст	Медиана	Мода	Квартили		Параллель	Количество учащихся
			Q <sub>1</sub> (25%)	Q <sub>3</sub> (75%)		
лет:	14	14	14	14	8 класс	551 человек
лет:	15	15	15	15	9 класс	527 человек

В таблице 31 представлена информация, полученная от Министерства образования и науки Республики Татарстан, Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Татарстан и на основании анализа возрастной структуры обучающихся 8-9 классов 7-ми школ города Казани на начало 2015-2016 учебного года.

**Таблица 31 – Сводная таблица статистических данных по городу Казань за 2014-2015 учебный год**

Параллель	Количество обучающихся по классам в школах города Казани на 2015-2016 учебный год по данным Министерства образования и науки Республики Татарстан	Средний возраст обучающихся на основании анализа их возрастной структуры в 8-9 классах 7 школ города Казани на начало 2015-2016 учебного года	Количество человек, проживающих в Казани в определенном возрасте по данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по РТ
8 класс	9 604	14 лет (Me)	14 лет - 9523
9 класс	9 277	15 лет (Me)	15 лет - 9380

Выявлена прямая сильная зависимость между количеством человек, проживающих в Казани в определенном возрасте, и количеством обучающихся в классах, где данный возраст является средним (кроме 10-го и 11-го классов), - 0,9 (коэффициент ранговой корреляции Спирмена), корреляция значима на уровне 0,001 (Рисунок 20). На основании изучения возрастного состава обучающихся 8 и 9 классов 7-ми школ г. Казани, рассчитаны средние величины возраста учеников в данных параллелях, соответствующие средним величинам возраста: 1. полового дебюта респондентов, перенесших инфекции, передаваемые половым путем, и 2. полового дебюта всех респондентов, имевших сексуальный опыт.



**Рисунок 20** Зависимость между количеством человек, проживающих в Казани в определенном возрасте, и количеством обучающихся в классах, где данный возраст является средним (сила связи 0,9,  $p < 0,001$ ).

Колебания количества обучающихся по классам с 1-го по 9-ый и колебания в возрастной структуре проживающих в городе Казани демонстрируют прямую сильную зависимость, что говорит о том, что и те и те колебания являются следствием демографических изменений возрастного состава. Резкое снижение количества обучающихся в 10-11 классах связано с переходом учеников в другие образовательные организации или с завершением образовательного процесса.



Соотношение количества человек, проживающих в Казани в определенном возрасте, к количеству обучающихся в классах, где данный возраст является средним, демонстрирует возможность охватить мероприятиями по первичной профилактике ИППП большую часть организованной несовершеннолетней молодежи города, при проведении их среди учеников 8-9 классов. Что полностью соответствует мнению респондентов о возрасте и месте начала проведения подобных мероприятий и характеристикам средних величин возраста их сексуального дебюта.

## 5.1 Структура комплекса разработанных мероприятий

Полученные в ходе научно-исследовательской работы сведения были использованы для научного обоснования и разработки комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе, включающего организационные, медицинские, санитарно-гигиенические и образовательные мероприятия.

Ниже представлена блок-схема, где отображены все участники, задействованные в данном комплексе мероприятий. На левой части блок-схемы отображены основные формы занятости молодежи:

- обучающиеся общеобразовательных организаций (школьники);
- обучающиеся очной формы СУЗов и ВУЗов;
- рабочая молодежь;
- молодежь, которая не учится и не работает или по каким-то другим

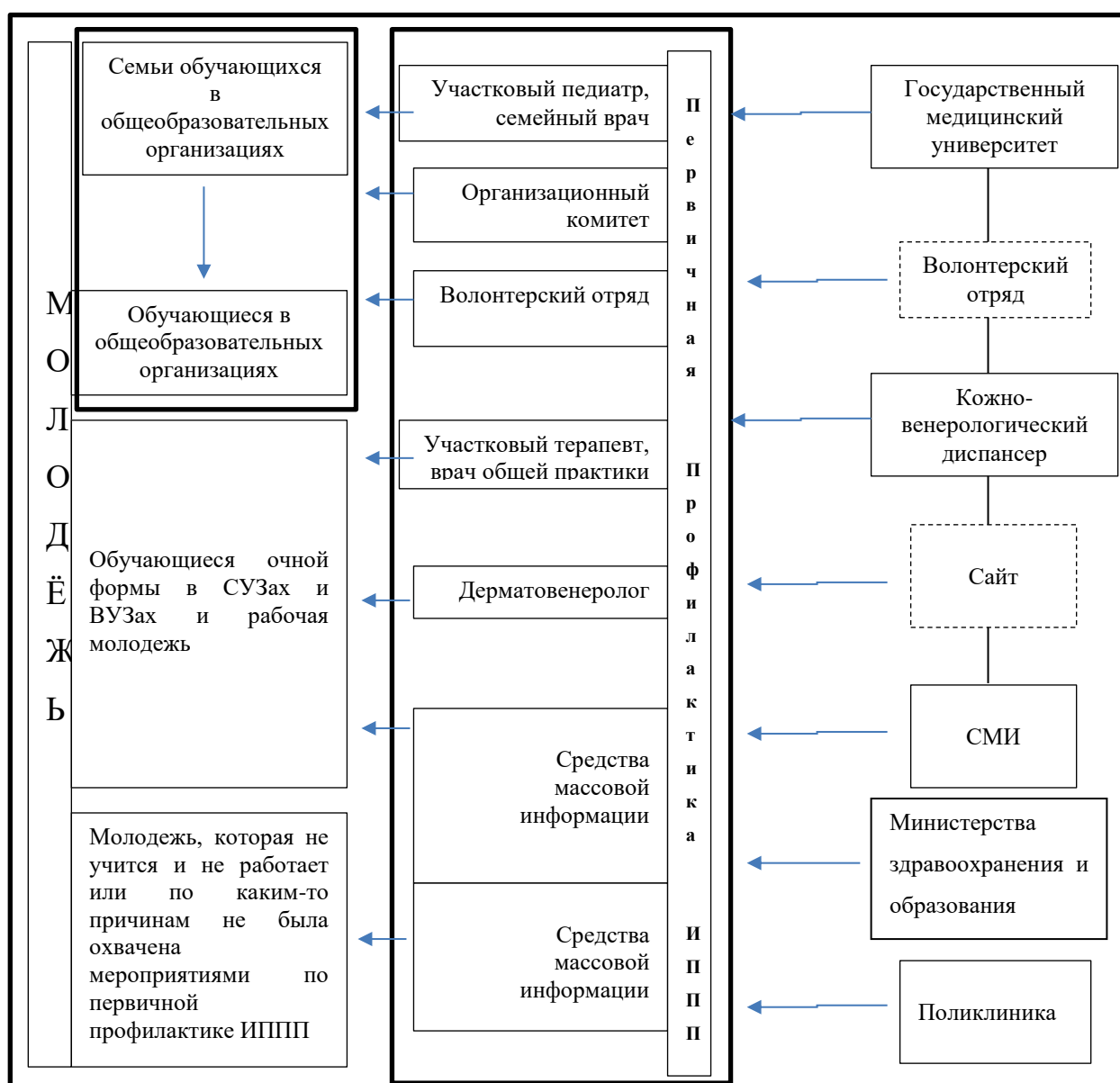
причинам не была охвачена мероприятиями по первичной профилактике ИППП.

Здесь же располагаются семьи обучающихся общеобразовательных организаций, как звено неразрывно с ними связанное. В связи с этим мероприятия по первичной профилактике ИППП проводятся непосредственно с семьями целевой аудитории, которые, в дальнейшем, опосредованно и напрямую будут оказывать воздействие на своих детей, снижая силу влияния факторов риска возникновения и развития данных инфекций.

По центру располагаются непосредственные участники или конечные звенья данных мероприятий, которые их и осуществляют (ответственные исполнители). Так, например, от поликлиник в данном процессе в роли ответственных исполнителей выступают участковые педиатры, участковые терапевты, семейные врачи, врачи общей практики.

С правой стороны отображены структуры ответственные за планирование, организацию и проведение описанных ранее мероприятий. Эти

структуры при взаимодействии создают дополнительные структурные подразделения (отмечены курсивом): волонтерский отряд – результат взаимодействия кожно-венерологического диспансера и государственного медицинского университета (на примере города Казани), а сайт, на котором функционирует матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП, находится под непосредственным контролем дерматовенерологической службы и освещается средствами массовой информации (Рисунок 21).



## **Рисунок 21 Участники мероприятий по первичной профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи**

Разработанный комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП представлен четырьмя взаимосвязанными этапами, внедрение которых должно происходить последовательно, а последующее осуществление параллельно. Структура комплекса представлена ниже:

- **I.** Создание рабочей группы, ответственной за планирование, организацию и контроль мероприятий по первичной профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи;
- **II.** Санитарно-просветительская и образовательная работа среди подростков 14 лет и их родителей по вопросам ИППП путем межведомственного взаимодействия;
- **III.** Совершенствование ранней диагностики ИППП и повышение настороженности по данному вопросу среди молодежи, путем внедрения в практическое здравоохранение матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем;
- **IV.** Мониторинг результатов проведения профилактических мероприятий.

**I)** На первом этапе необходимо создать рабочую группу, на которую будут возложены функции по организации, проведению и контролю мероприятий по первичной профилактике ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе. Исходя из существующей схемы функционирования республиканской системы здравоохранения, в состав данной рабочей группы целесообразно включить руководителей и специалистов Министерств здравоохранения и образования Республики Татарстан, ГАУЗ РККВД, ФГБОУ Казанского ГМУ Минздрава России, РОНО и представителей «Общества

специалистов профилактической медицины». Среди задач, возлагаемых на рабочую группу, должны быть определены следующие:

- 1) создание организационного комитета;
- 2) текущий мониторинг ключевых показателей, в том числе уровень информированности по вопросам ИППП и уровень риска возникновения и развития ИППП;
- 3) контроль проведения первичной профилактики ИППП среди молодежи;
- 4) оценка результатов проведенных мероприятий;
- 5) совершенствование и оптимизация первичной профилактики ИППП среди молодежи с учетом полученных результатов и имеющихся на территории ресурсов.

II) Один из основных блоков комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе внедряется на втором этапе – санитарно-просветительская и образовательная работа среди подростков 14 лет и их родителей по вопросам ИППП по средствам межведомственного взаимодействия с использованием принципа «равный-равному». Среди мероприятий данного блока считаем необходимым предусмотреть следующие:

- 1) организация взаимодействия ведомств здравоохранения и образования на регулярной ежегодной основе;
- 2) создание волонтерского отряда из числа активистов, обучающихся в медицинском ВУЗе или колледже (ответственные исполнители – организационный комитет, создаваемый под контролем рабочей группы);
- 3) обучение волонтерского отряда основам профилактики ИППП практикующими врачами дерматовенерологами (ответственные исполнители назначаются администрацией кожно-венерологического диспансера), при

содействии специалистов по психологии и педагогике (сотрудники кафедр ВУЗа или колледжа, привлекаются организационным комитетом);

4) проведение санитарно-просветительской работы по вопросам ИППП, проблемам воспитания и о необходимости ведения здорового образа жизни для сохранения репродуктивного здоровья среди родителей учеников, обучающихся в общеобразовательных организациях (ответственные исполнители – организационный комитет);

5) повышение уровня информированности учеников по вопросам ИППП, обучающихся в общеобразовательных организациях, чьи родители дают письменное согласие на данное мероприятие (ответственные исполнители – волонтерский отряд; целевая аудитория – обучающиеся в возрасте 14-ти лет);

6) распространение информационных буклетов, освещающих достоверные источники (номера и адреса контактных центров, медицинских организаций, анонимных кабинетов, адреса интернет порталов и т.д.) получения современных и корректных знаний по вопросам ИППП и связанных с ними последствий (информационное наполнение раздаточного материала подготавливается профилактическим кабинетом КВД);

7) контроль данного блока мероприятий осуществляется путем сбора информации об уровне информированности целевой аудитории по вопросам инфекций, передаваемых половым путем.

Остановимся подробнее на описании данного блока. При организации первичной профилактики рассматриваемых инфекций среди обучающихся общеобразовательных организаций в первую очередь необходимо организовать слаженное взаимодействие Министерства образования и Министерства здравоохранения. Напомним, что основная цель первичной профилактики в предотвращении заражения ИППП, вероятность которого снижается обратно пропорционально уровню знаний по данному вопросу. Повышение информированности населения – это часть образовательного

процесса, то есть в данном конкретном вопросе связаны Министерства здравоохранения и образования. В России есть определенный лимит по объемам обязательного и бесплатного образования для населения, однако предпочтения молодежи относительно начального возраста проведения первичной профилактики (средний возраст начала проведения подобных мероприятий по мнению молодежи по результатам исследования должен быть равен возрасту 14 лет) укладываются в эти рамки (обучающиеся восьмого класса общеобразовательных организаций находятся в среднем в возрасте 14 лет). Таким образом со стороны Министерства образования в первую очередь интересуют общеобразовательные организации, то есть школы, при этом необходимо учитывать и районный отдел народного образования (РОНО), так как без его координации взаимосвязь со школами ляжет всецело на плечи организационного комитета. Со стороны Министерства здравоохранения – в первую очередь кожно-венерологический диспансер, как медицинская организация в чью непосредственную обязанность входит планирование и проведение профилактических мероприятий по ИППП, и медицинский ВУЗ или колледж, как организация, которая готовит кадры для системы здравоохранения и представляет ресурсы для рассматриваемых мероприятий в лице студентов. В системе взаимодействия ведомств необходимо акцентировать внимание на процессе подготовки основных ресурсов, а именно студентов медицинских университетов. В связи с развитием движений волонтеров в нашей стране и повышения интереса молодежи к общественной деятельности для отбора добровольцев необходимо создать комиссию из состава организационного комитета и представителей студенческих общественных организаций, так как отобранные активисты должны отвечать следующим качествам: адекватность, коммуникабельность и ответственность. Оставшихся по итогам комиссионного отбора студентов организационный комитет направляет на обучение к врачам кожно-венерологического диспансера. После этого обучения группа волонтеров готовит собственные

выступления, которые редактируются при участии медицинских психологов и специалистов по педагогике, как суть подачи информации, так и форма подачи. На данном этапе важно исключить из подготовленных студентами выступлений выражения и контекст, которые могут привести к повышению мотивации и привитию интереса к сексуальным взаимоотношениям у обучающихся общеобразовательных организаций, если таковых у них еще нет. Не менее важно правильно подать информацию, чтобы не вызвать страх и психологический блок к сексуальным взаимоотношениям. Когда медицинские психологи заканчивают свою часть работы, организационный комитет по направлению РОНО или самостоятельно (в случаях, когда между комитетом и школами отлажен процесс непосредственного взаимодействия) распределяет студентов по общеобразовательным организациям, где на предварительных собраниях с родителями отрабатываются следующие моменты: информирование о предстоящих мероприятиях для их детей, демонстрация этих мероприятий студентами при необходимости; подписание необходимой документации (информированные согласия); санитарно-просветительная работа с родителями по поводу ИППП.

По итогам предварительных собраний с родителями составляется список заинтересованных семей и при содействии школьной администрации составляется график посещения классных часов студентами, где они (студенты для мальчиков, студентки для девочек) проводят мероприятия по первичной профилактике ИППП среди обучающихся восьмых классов общеобразовательных организаций по следующему плану:

- заполнение входящих карт опроса по оценке начального уровня знаний респондентов по поводу ИППП;
- выступление;
- ответы на вопросы;
- заполнение карт опроса по оценке уровня знаний респондентов по поводу ИППП по итогам проведенного мероприятия;



- распространение раздаточного материала;
- заполнение карт опроса обучающимися девятыми классами для оценки выживаемости знаний по поводу ИППП.

Весь собранный материал обрабатывается силами студентов при поддержке организационного комитета и готовится итоговый отчет о проделанной работе, где студенты играют ведущие роли, что позволяет не только провести мероприятия по первичной профилактике, но и повысить уровень образования, что делает распределение нагрузки по организации и проведению первичной профилактики ИППП между ведомствами полезным обоим структурам.

Со стороны кожно-венерологического диспансера в процессе подготовки группы волонтеров проводятся следующие мероприятия:

- подготовка дидактического материала (информационные брошюры для обучающихся общеобразовательных организаций – раздаточный материал, презентации для обучения студентов);
- подготовка врачей специалистов к занятиям со студентами;
- осуществление данных занятий;
- коммуникационная поддержка при возникновении вопросов у студентов в процессе подготовки собственных выступлений;
- консультационная поддержка при составлении итогового отчета.

Преимущества для кожно-венерологического диспансера в данном случае является то, что один врач транслирует свои практические знания сегодняшнего дня группе волонтеров, которая потом транслирует их в необходимой, адаптированной для целевой аудитории форме целому сообществу обучающихся, не привлекая дополнительные финансовые средства на основе разработанной программы и взаимодействия ведомств.

Распределение задач:

- профилактический кабинет КВД способствует содержанию дидактического и раздаточного материалов в актуальном состоянии;

- КВД предоставляет врачей для обучения студентов;
- организационный комитет отбирает необходимое количество студентов, для осуществления информирования целевой аудитории, в соответствии с разработанными требованиями и запланированным объемом профилактических мероприятий на этот и предыдущий год;
- организационный координирует процесс обучения группы волонтеров с КВД и специалистами по медицинской психологии и педагогике;
- РОНО определяет график проведения мероприятий по первичной профилактике среди школ (данная функция может выполняться организационным комитетом самостоятельно);
- организационный комитет, родительские советы и представители администрации школ предварительно согласовывают рассматриваемые во время этих мероприятий вопросы;
- администрации школ предоставляют условия и собирают целевую аудиторию.

Целевая аудитория – обучающиеся в восьмом классе общеобразовательных организаций. Данный контингент выбран на основании мнения молодежи (средний возраст начала проведения первичной профилактики ИППП, согласно мнению молодежи, равен 14 годам), результатов собственного исследования (средний возраст начала половой жизни респондентов, перенесших ИППП, равен 14 годам, у здоровых – 16 лет) и данных государственных органов официальной статистики о занятости населения в возрасте 14 лет (средний возраст восьмиклассника – 14 лет). Еще одна причина проведения первичной профилактики именно в восьмом классе, это подготовительная работа к выпускным и / или переводным экзаменам, проходящая в течении учебного года в девятом классе средней общеобразовательной школы. В этот период наибольшее количество ресурсов со стороны учреждения и со стороны обучающегося направлено в первую очередь на данный процесс, что создаст определенные трудности при

организации мероприятий по первичной профилактике среди учеников девятого класса.

III) Следующим основным блоком комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе является – совершенствование ранней диагностики ИППП и повышение настороженности по данному вопросу среди молодежи, путем внедрения в практическое здравоохранение матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем. Данный блок подразумевает под собой выполнение следующих задач:

1) использование в процессе диспансеризации и периодических медицинских осмотров, как одной из предварительных скрининг систем, анкеты, разработанной на основе матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе;

2) освещение в средствах массовой информации возможности самостоятельного анонимного скрининга на выявление наличия или отсутствия риска возникновения и развития ИППП у конкретного человека;

3) автоматизированный учет уровня информированности по вопросам ИППП и уровня риска возникновения и развития ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе.

В соответствии с задачей № 3 данного блока, нами была разработана матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП, которая представлена в Приложении 3.

Остановимся подробнее на процессе прохождения респондентом данной матрицы. По рекомендации врача или медицинской организации, ответственных за проведение диспансеризации и / или медицинского осмотра, или средств массовой информации респондент обращается к интернет ресурсу, где представлена анкета, разработанная на основе составленной

прогностической матрицы. По итогам заполнения анкеты респондент выясняет наличие или отсутствие у него риска возникновения и развития ИППП. При наличии данного риска интернет ресурс предлагает респонденту три не исключающих друг друга варианта действий: 1. пройти на официальные сайты и повысить свой уровень знаний по данному вопросу самостоятельно; 2. распечатать бланк с результатом анкетирования и обратиться за консультацией по не ясным вопросам в конце прохождения диспансеризации или в процессе проведения периодического медицинского осмотра; 3. записаться к врачу дерматовенерологу на профилактический прием.

**IV)** Заключительный этап комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП – мониторинг результатов проведения профилактических мероприятий, включает в себя ежегодный контроль следующих показателей:

- заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем;
- уровень информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, среди целевой аудитории до проведения соответствующих мероприятий, по итогам проведенных мероприятий и спустя год с целью оценки выживаемости полученных знаний;
- уровень информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи, обратившейся к скрининг системе «матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП»;
- уровень риска возникновения и развития ИППП среди молодёжи в крупном промышленном городе.

Преимущества представленного комплекса мероприятий по совершенствованию первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, следующие:

- нагрузка относительно проведения медико-профилактических мероприятий на кожно-венерологических диспансерах остается прежняя;

- объем и результативность медико-профилактических мероприятий повышается;

- осуществление информирования целевой аудитории студентами-медиками является соблюдением принципа «равный-равному» и согласуется с мнением молодежи;

- в школах снимается необходимость поднимать данный вопрос собственными силами;

- финансовые затраты остаются прежними;

- благодаря взаимодействию двух министерств ежегодное проведение первичной профилактики ИППП подобным образом в разы увеличит охват целевой аудитории, так как общее образование является обязательным на территории всей Российской Федерации;

- учтены все формы занятости молодежи;

- возможна оценка эффективности первичной профилактики ИППП по разработанным специально для этого критериям: информированность по вопросам ИППП и риск возникновения и развития ИППП.

## 5.2 Медико-организационный эксперимент

В течении 2016 года разработанные мероприятия по первичной профилактике инфекций, передаваемых половым путем, были апробированы в ходе медико-организационного эксперимента. Медико-организационный эксперимент состоял из двух частей:

1. Организация мероприятий по первичной профилактике среди обучающихся общеобразовательных организаций.
2. Организация мероприятий по первичной профилактике среди молодежи занятой очной формой обучения в средних специальных и высших учебных заведениях и среди рабочей молодежи.

В первой части медико-организационного эксперимента приняли участие четыре общеобразовательные организации города Казани. Обучающиеся восьмых классов двух из них случайным образом были отобраны в основную группу, обучающиеся восьмых классов других двух – контрольная группа.

Всего в эксперименте согласились принять участие 219 человек, 101 – основная группа (64 девочки в возрасте 14 лет, 37 мальчиков – 14 лет), 118 – контрольная группа. План проведения первой части медико-организационного эксперимента представлен в таблице 32.

**Таблица 32 – План проведения медико-организационного эксперимента  
часть 1**

№	Мероприятия:	Сроки
1	Разработка карт изучения уровня информированности по вопросам ИППП обучающихся общеобразовательных организациях, информированного согласия для их родителей и дидактического и раздаточного материалов для проведения профилактических мероприятий.	Февраль 2016 г.
2	Обучение основам профилактической деятельности, изучение современной обстановки по вопросам ИППП и обеспечение методическими материалами специально подготовленной группы студентов при участии специалистов кожно-венерологического диспансера.	Март 2016 г.
3	Освещение актуальных вопросов ИППП и проведение профилактических мероприятий среди родителей основной группы, получение информированного согласия на проведение мероприятий среди их детей.	Апрель 2016 г.
4	Корректировка полученных группой студентов навыков освещения проблемы ИППП специалистами по медицинской и общей психологии и педагогике Казанского ГМУ.	Апрель – май 2016 г.
5	Проведение специально подготовленной группой студентов информирования по вопросам ИППП основной группы (план процесса информирования представлен в Приложении № 4); заполнение карт изучения уровня информированности по вопросам ИППП до проведения мероприятий и после (День медико-организационного эксперимента 1, часть 1, этап 1, Приложение № 5).	Май 2016 г.
6	Заполнение карт изучения уровня информированности по вопросам ИППП контрольной группой (День эксперимента 1, часть 1, этап 2, Приложение № 5).	Май 2016 г.
7	Повторное заполнение карт изучения обеими группами (День 2, часть 1, этап 3, Приложение № 5).	Сентябрь 2016 г.
8	Анализ и обобщение результатов, составление методических рекомендаций для последующего внедрения в практику данных мероприятий.	Сентябрь 2016 г.

Мероприятия были проведены в преддверии летних каникул, в связи с отсутствием во время этих каникул ежедневного организованного обязательного контроля над школьниками со стороны общеобразовательных организаций, а также отрыва респондентов от постоянного учебного процесса,

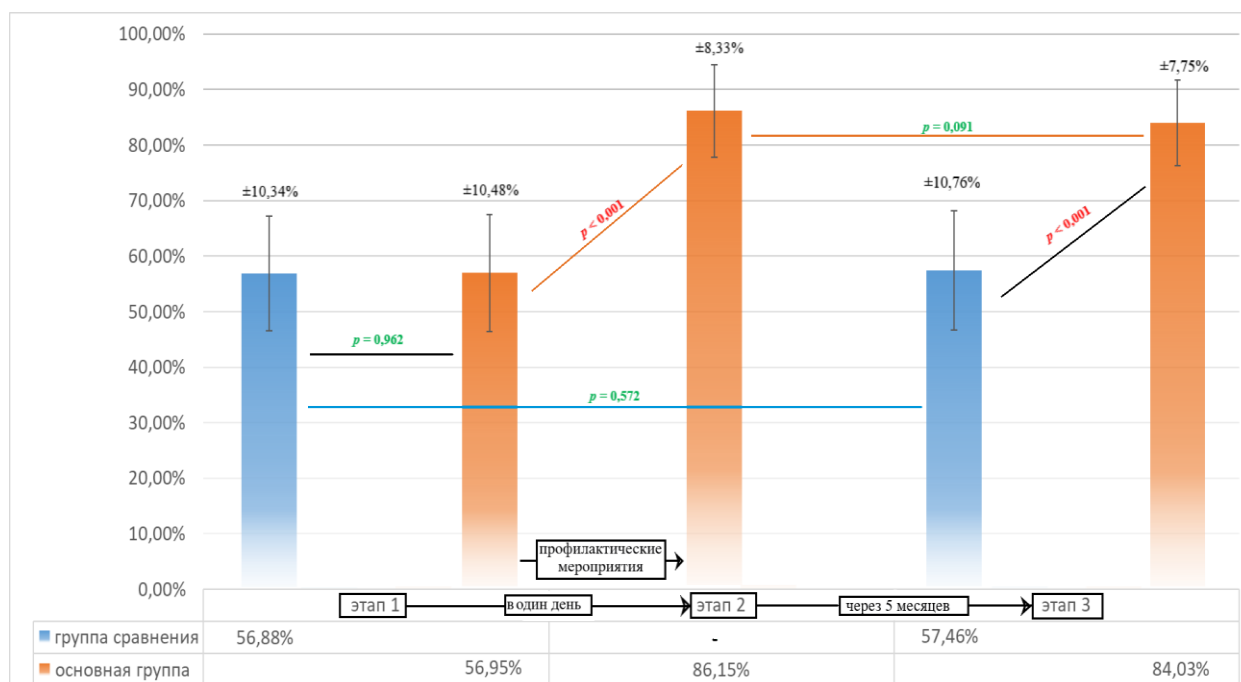
что позволило наиболее достоверно определить выживаемость полученных во время мероприятий знаний по вопросам ИППП в начале следующего учебного года. Данный период времени был выбран для проведения медико-организационного эксперимента также потому что некоторые авторы в своих работах выделяют весенне-летний период, как сезонность возникновения ИППП [77].

В ходе осуществления медико-организационного эксперимента на первых двух этапах было проведено заполнение анкет среди 202 человек, итого – 303 заполненные карты изучения уровня информированности по вопросам ИППП (202 – основная группа (до и после проведения мероприятий), 101 – группа контроля). Еще раз отметим, что мероприятия по первичной профилактике проводились только среди членов основной группы.

В третьем этапе исследования было заполнено карт изучения 177, из них 90 анкет было заполнено школьниками среди которых были проведены мероприятия по первичной профилактике (основная группа), 87 обучающимися, которые входили в контрольную группу.

Полученные при статистическом анализе собранных карт изучения уровня информированности среди обучающихся общеобразовательных учреждений результаты представлены на рисунке 22. Тест Колмогорова-Смирнова показал, что распределение переменной Уровень информированности по вопросам ИППП соответствует нормальному распределению на всех этапах медико-организационного эксперимента в обеих группах ( $p < 0,05$ ), а дисперсии в сравниваемых совокупностях примерно равны, в связи с этим статистический анализ проведен при помощи  $t$  критерия Стьюдента для независимых выборок и для парных выборок.

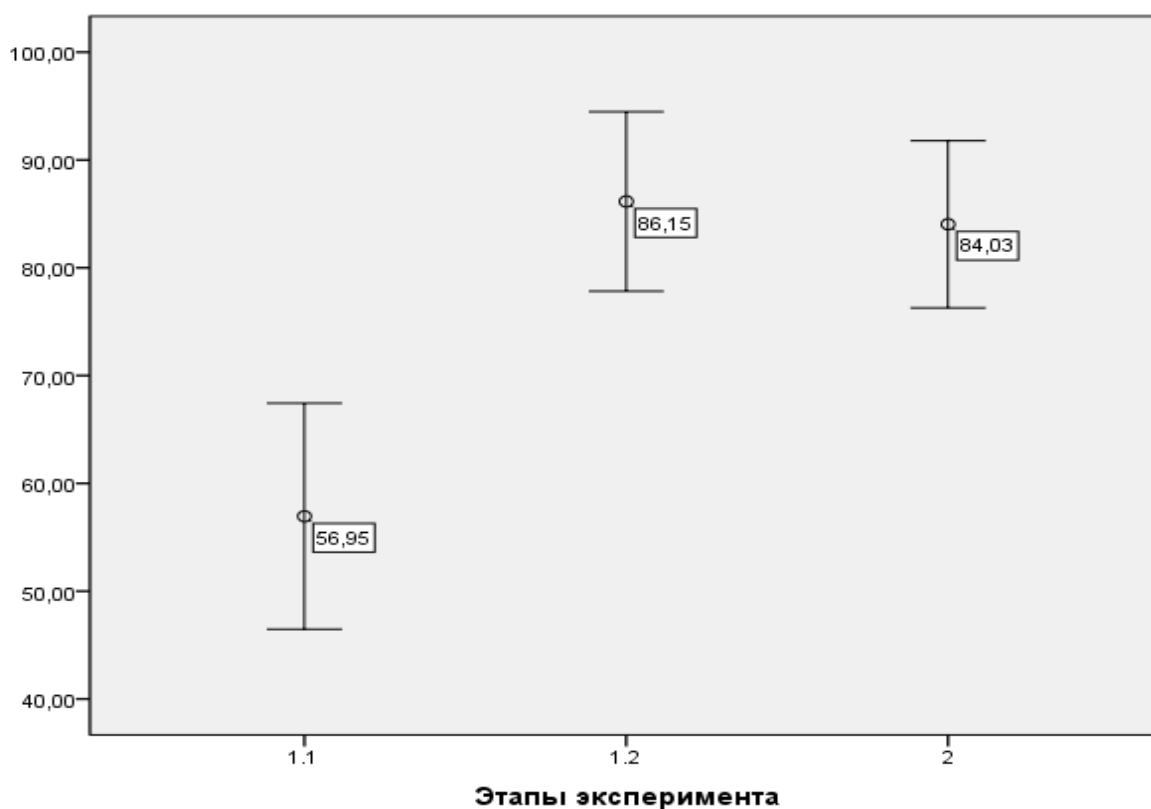




**Рисунок 22** Уровень информированности по вопросам ИППП (%) в основной группе и группе сравнения на разных этапах медико-организационного эксперимента

Полученные в ходе эксперимента данные демонстрируют, что на начальном этапе все обучающиеся, независимо от того к какой группе они принадлежали (основная или контрольная), относились к одной совокупности по уровню знаний об ИППП. После проведенных мероприятий уровень информированности в основной группе статистически значительно изменился – повысился в среднем на 29,2%. В группе контроля мероприятий не проводились, поэтому данных в таблице нет, в связи с отсутствием необходимости повторного анкетирования в тот же день. По итогам третьего этапа эксперимента получили данные о выживаемости знаний спустя 4 месяца, в которые вошли и летние каникулы. Группы основную и контроля вновь сравнили между собой и получили, что они достоверно различаются друг от друга ( $p < 0,001$ ). Однако наблюдались следующие изменения, как видно из таблицы № 23, уровень информированности в группе контроля немного увеличился, вероятно, это связано либо с тем, что заполнение карт изучения уровня информированности по вопросам ИППП вызвало у респондентов

интерес к данной теме, и подростки постарались самостоятельно заполнить пробелы в собственных знаниях, либо с тем, что в процессе социальной адаптации они так или иначе сталкиваются с информацией подобного рода. И хотя мы наблюдаем положительную динамику, во-первых, результаты первого этапа и третьего этапа в контрольной группе статистически значимо не различаются и, во-вторых, повышение среднего уровня информированности в данной группе слишком мало, чтобы отрицать случайность данного явления. Средний уровень информированности в основной группе слегка снизился на третьем этапе в сравнении с предыдущим, однако при сравнении результатов второго и третьего этапов в основной группе статистически достоверной разницы не обнаружено, что свидетельствует о стойкой и долговременной выживаемости знаний, приобретенных в ходе реализации разработанного комплекса мероприятий по совершенствованию системы первичной профилактики ИППП, что наглядно представлено на рисунке 23.



**Рисунок 23** Уровень информированности респондентов экспериментальной группы на различных этапах эксперимента (планки погрешности отражают доверительный интервал)

При этом доверительный интервал в последнем этапе исследования в основной группе составил  $\pm 1,61\%$ , что означает, что среднеарифметическая всей популяции школьников со средним возрастом 14 лет после проведения подобных мероприятий в 95% случаев будет находиться в границах 82,42% и 85,64%, что превышает границу уровня информированности, которая говорит о недостаточном уровне знаний по вопросам ИППП, и выводит респондентов из группы риска по данному фактору.

Заключительным этапом медико-организационного эксперимента стала разработка методических рекомендаций "Организация медико-социальной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи".

В соответствии с результатами проведенного медико-организационного эксперимента и разработанными методическими рекомендациями "Организация медико-социальной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи" в рамках программы «Первичная профилактика наиболее распространенных заболеваний среди обучающихся общеобразовательных учреждений» составлена подпрограмма «Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди обучающихся восьмых классов общеобразовательных организаций», которая была согласована с ГАУЗ РККВД, ФБГОУ ВО Казанским ГМУ Минздрава России и «Обществом специалистов профилактической медицины» и при взаимодействии перечисленных организаций успешно реализована до конца 2016 года. Повышение уровня информированности по вопросам ИППП целевой аудитории было сопоставимо с результатами эксперимента, средняя арифметическая (82,56%) расположилась в пределах доверительного интервала (82,42 – 85,64%).

Во второй части медико-организационного эксперимента приняли участие одно среднее специальное учебное заведение, одно высшее учебное заведение и одно предприятие частной формы собственности города Казани.

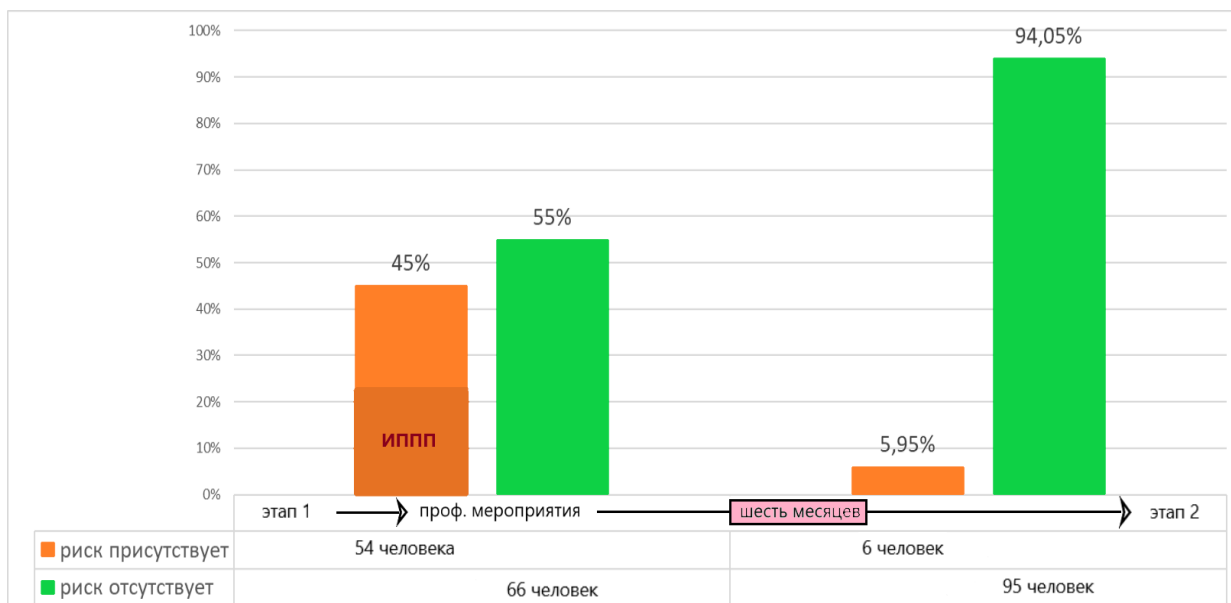
На первом этапе было отобрано 120 добровольцев, по 40 из каждой вышеперечисленной организации: в возрасте 15-17 лет четыре девочки и три мальчика, в возрасте 18-29 лет 60 девушек и 53 парня. Добровольцы анонимно заполнили матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП (Таблица 33).

**Таблица 33 – результаты расчета индивидуального риска возникновения и развития ИППП среди добровольцев**

Возраст	15-17 лет		18-29 лет		Итого:
	м	ж	м	ж	
Риск присутствует	0	0	25	29	54 (45%)
Риск отсутствует	3	4	28	31	66 (55%)

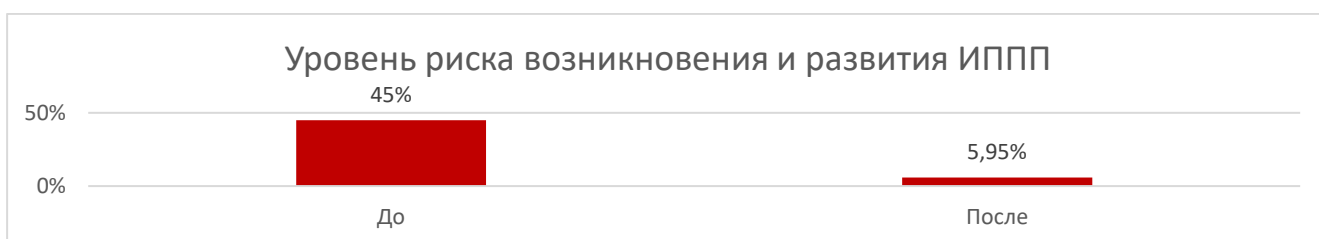
Среди пятидесяти четырех добровольца (те, у кого риск присутствовал) были подробно разобраны 7 факторов риска возникновения и развития ИППП, в том числе были проведены мероприятия по повышению уровня информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, также было рекомендовано обратиться к врачу дерматовенерологу для профилактического обследования.

Спустя шесть месяцев добровольцы повторно заполнили матрицу по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем (Таблица 24). В связи с различными причинами не все добровольцы явились в день проведения второго этапа второй части медико-организационного эксперимента, смогли прийти только 101 человек (84%).



**Рисунок 24 Риск возникновения и развития ИППП у добровольцев до (этап 1) и после (этап 2) проведения профилактических мероприятий**

Различия в результатах расчета уровня риска возникновения и развития ИППП до и после проведения мероприятий по первичной профилактике инфекций, передаваемых половым путем, среди участников эксперимента статистически достоверны ( $p < 0,001$ ) и наглядно представлены на рисунке 25. Так, после проведения запланированных профилактических мероприятий среди добровольцев уровень риска возникновения и развития ИППП в данной выборке снизился с 45% до 5,95%.



**Рисунок 25 Уровень риска среди добровольцев до и после проведения медико-организационного эксперимента**

Отдельно, необходимо отметить, что со слов добровольцев, у 50% (27 человек в возрасте 18-29 лет, 13 мужского пола, 14 женского пола) из тех, у кого было выявлено наличие риска возникновения и развития ИППП на первом этапе второй части медико-организационного эксперимента, на

приеме у врача дерматовенеролога были диагностированы те или иные инфекции, передаваемые половым путем.

Из бесед с данными респондентами выяснилось, что 20 из них (12 женщин и 8 мужчин) после определения у них наличия риска возникновения и развития ИППП обратились изначально в частные медицинские организации (БиоМед, СитиЛаб, КДЛ) с целью пройти комплексное исследование на наличие возбудителей ИППП – программы лабораторной диагностики, распространенные на сегодняшний день. 18 из них (12 женщин и 6 мужчин) проходили лечение в той же организации куда обратились изначально. Данная информация здесь приводится, как подтверждение озвученных в литературном обзоре теорий о вероятности недооценки масштабов проблемы заболеваемости ИППП из-за перехода некоторого объема пациента в медицинские организации частной формы собственности, которые не всегда корректно ведут учет и осуществляют отчет по изучаемым инфекциям. Однако, возможность подтверждения статистической значимости данной информации отсутствует, так как программой исследования это не было предусмотрено.

### **5.3 Пример реализации мероприятий по первичной профилактике ИППП среди молодежи в городе Казани**

В течении сентября 2016 года была разработана и утверждена подпрограмма «Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди обучающихся восьмых классов общеобразовательных учреждений на 2016 год», разработаны карты изучения уровня информированности по вопросам ИППП обучающихся общеобразовательных учреждений и информированные согласия для их родителей.

2 октября 2016 года в рамках всероссийского фестиваля науки был организован «Родительский университет» – мероприятие, созданное

специально для родителей учеников, обучающихся в общеобразовательных организациях подшефных медицинскому университету. На данном мероприятии были освещены следующие три темы:

1. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем;
2. Как помочь подростку преодолеть кризис переходного возраста;

Цикл лекций подготовлен профессорами кафедр "Дерматовенерология" и "Медицинская и общая психология и педагогика".

3. Подпрограмма «Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди обучающихся восьмых классов общеобразовательных учреждений на 2016 год», которую предстояло провести в рамках программы «Первичная профилактика наиболее распространенных заболеваний среди обучающихся общеобразовательных учреждений» под эгидой «Общества специалистов профилактической медицины».

В течении первых двух лекций были освещены все вопросы, рекомендованные для проработки с родителями, согласно методическим рекомендациям «Организация первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи».

После представления подпрограммы «Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем, среди обучающихся восьмых классов общеобразовательных учреждений на 2016 год», родители задали несколько вопросов и большинством положительно отреагировали на предложение реализации данной подпрограммы среди их детей, то есть было получено предварительное согласие.

В течении октября 2016 года был создан организационный комитет по реализации данной подпрограммы, в который вошли: 1. Председатель «Общества специалистов профилактической медицины»; 2. Главный врач ГАУЗ РККВД; 3. Заместитель главного врача по поликлинической работе ГАУЗ РККВД; 4. Начальник отдела довузовского образования Казанского ГМУ; 5. Доцент кафедры медицинской и общей психологии с курсом

педагогике Казанского ГМУ; 6. Начальник научного отдела, ассистент кафедры Общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом медицинской информатики; 7. Ассистент кафедры Общественного здоровья и организации здравоохранения с курсом медицинской информатики.

В течении октября 2016 года были отобраны пять студентов, отвечающих основным требованиям кандидатов на проведение мероприятий по информированию обучающихся общеобразовательных организаций по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, а именно: адекватные, коммуникабельные, и ответственные. Данные студенты ранее неоднократно были задействованы в организации и проведении общественных мероприятий университетом по различным направлениям и с участием различного контингента лиц.

Отобранные пятеро добровольцев в течении октября месяца были обучены врачом дерматовенерологом, направленным кожно-венерологическим диспансером, по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, с учетом современных тенденций. Следующим этапом, данные студенты самостоятельно подготовили, каждый для себя, информационную речь по прослушанному материалу, консультируясь по неясным вопросам у врача дерматовенеролога. Далее, при содействии кафедры медицинской и общей психологии с курсом педагогики, были откорректированы смысл речи каждого добровольца, вступительная и заключительные части выступления, поставлены дикция и ораторская подача в соответствии с нюансами психологии подростков.

Даты проведенных предварительных родительских собраний:

26 октября – родительское собрание в МАОУ «Гимназия № 139»;

10 ноября – родительское собрание в МБОУ «Лицей № 116»;

15 ноября – родительское собрание в МБОУ «Средняя общеобразовательная школа № 179 с углубленным изучением отдельных предметов».



Во время этих собраний представители организационного комитета детально разъяснили родителям предстоящий процесс информирования их детей и представили, как пример, выступление одного из студентов.

План выступления студентов перед целевой аудиторией:

- самостоятельное представление выступающих перед аудиторией;
- заполнение карт изучения информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, обучающихся общеобразовательных учреждений № 1;
- вступительная история (у каждого выступающего своя);
- что такое и какие существуют инфекции, передаваемые половым путем;
- к каким последствиям они приводят (рак, бесплодие, мертворождения и т.д.);
- пути передачи и факторы риска возникновения и развития ИППП;
- какие заболевания вызывают и каковы их симптомы;
- основные методы профилактики данных инфекций;
- что делать если возникло подозрение на наличие ИППП или появилась схожая симптоматика;
- время на вопросы;
- раздача дидактического материала;
- заполнение карт изучения информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, обучающихся общеобразовательных учреждений № 2.

По итогам каждого собрания были собраны информированные согласия, составлены списки обучающихся из тех семей, которые проявили желание принять участие в данной подпрограмме (Табл. 34).

**Таблица 34 – Количество собранных карт изучения по школам**

Школа:	№ 139 класс 8	№ 116 класс 8	№ 179 класс 8	№ 179 класс 9	Итого:
Количество желающих:	102	53	126	65	346

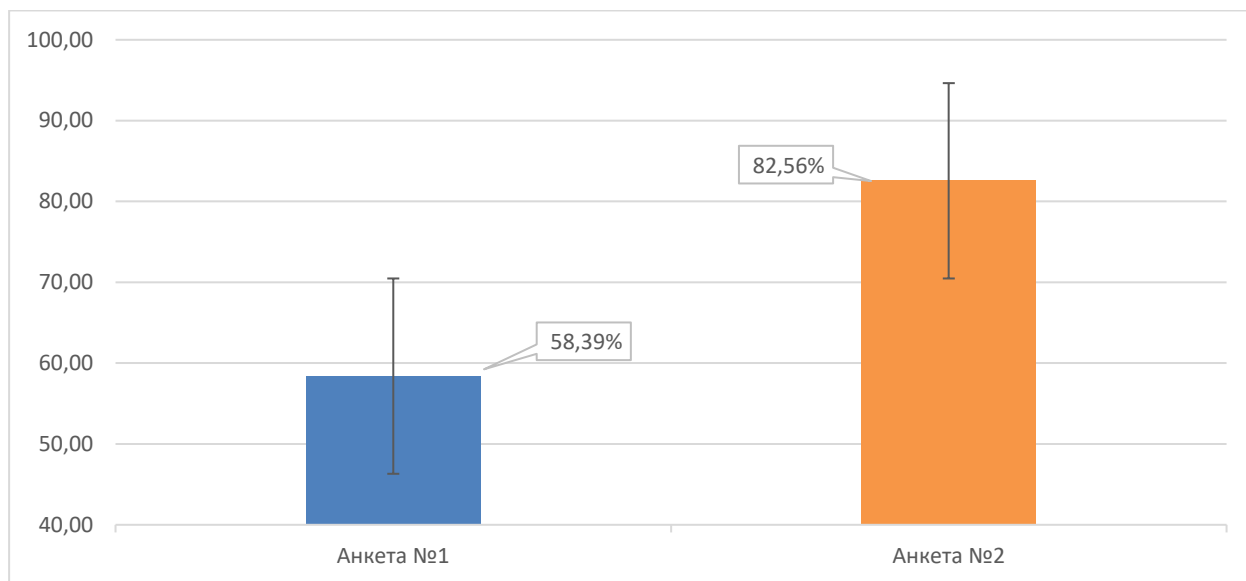
В течении ноября и первой половины декабря 2016 года было проведено 9 мероприятий по первичной профилактике ИППП среди обучающихся восьмых и девярых классов, указанных ранее трех школ города Казани. В результате мероприятиями было охвачено 87,5% от общего количество желающих (Табл. 35).

**Таблица 35 – Количество собранных информационных согласий по школам**

Школа:	№ 139 класс 8	№ 116 класс 8	№ 179 класс 8	№ 179 класс 9	Итого:
Количество желающих:	101	42	101	59	303 (87,5%)

Проведен статистический анализ собранных карт изучения уровня информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, среди обучающихся в рассматриваемых общеобразовательных организациях.

Так, входящее анкетирование выявило начальный уровень информированности школьников, он составил в среднем по школам среди восьмых и девярых классов  $58,39 \pm 12,98\%$ , а исходящее анкетирование определило уровень информированности школьников по данному вопросу после проведения профилактических мероприятий, средний бал этих карт составил  $82,56 \pm 10,19\%$  (Рис. 26). Повышение уровня информированности по результатам исходящего анкетирования в сравнении с входящим статистически достоверно ( $p < 0,001$ , - критерий Стьюдента для связанных групп). Доверительный интервал составил  $\pm 1,16\%$  (81,4-83,72%), что соответствует данным полученным при медико-организационном эксперименте.



**Рис. 26 Средние значения входящего и исходящего анкетирования обучающихся.**

После окончания проведения запланированных мероприятий среди школьников заключительным этапом реализации данной подпрограммы стала встреча с родителями с целью получения обратной связи. Мнения родителей по поводу проведенных мероприятий оказались положительными, родительские комитеты и администрации общеобразовательных организаций выразили пожелание о продолжении данной подпрограммы на ежегодной основе.

Таким образом разработанный комплекс мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе, который учитывает современные факторы риска возникновения и развития ИППП, согласуется с мнением целевой аудитории, основан на достижениях науки и практики отечественного и зарубежного здравоохранения и интегрируется в существующую в Российской Федерации систему образования, продемонстрировал в ходе медико-организационного эксперимента и на примере реализации в городе Казани высокую результативность при отсутствии дополнительных затрат.

## Заключение

Общая заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, в городе Казани за период 2000-2016 года изучена на основании данных, представленных государственными органами официальной статистики. За этот временной отрезок зарегистрировано сто двадцать шесть тысяч семьдесят четыре случая заболевания, обусловленного ИППП. Определена тенденция снижения общей заболеваемости ИППП, подобный процесс наблюдается по всей стране. Так, в Казани в 2000 году уровень общей заболеваемости ИППП составил 949,77 случая на сто тысяч населения, а к 2016 году снизился до 411,52 случаев на сто тысяч населения.

Однако, при изучении научной литературы отмечено существование исключений, так на территории Российской Федерации в различные годы выявляются регионы, где динамика распространенности вирусными ИППП противоположна динамике общей заболеваемости во всей группе данных инфекций, то есть наблюдается рост показателей. В связи с этим изучена динамика развития каждой инфекции по-отдельности. В результате чего, инфекции разделены на две группы, согласно патогенезу вызываемых ими заболеваний. Так, в группу 1 вошли сифилис, гонорея и трихомоноз, а в группу 2 хламидиоз, аногенитальные бородавки и герпес урогенитальный. Группа заболеваний 2 в 2000 году в структуре общей заболеваемости занимала долю в 26%, а к 2016 году возросла до 80,9%, что вызвано следующими причинами: снижение уровня общей заболеваемости группы заболеваний 1; рост уровня общей заболеваемости группы заболеваний 2.

Во многих публикациях отмечается длительность и сложность процесса лечения некоторых заболеваний, обусловленных ИППП, особенно из группы заболеваний 2, а также высокий процент бессимптомного возникновения, развития и течения изучаемых инфекций (от 30 до 70%, в зависимости от

инфекции). Последний факт говорит о том, что часть населения не обращается за помощью своевременно, и усугубляется он тем, что:

- многие медицинские организации, особенно частной формы собственности, работающие по профилю дерматовенерология, не подают отчетную информацию о диагностированных случаях ИППП в соответствующие государственные органы официальной статистики (54,40% респондентов, которые участвовали в исследовании, впервые в жизни обратились за помощью по поводу ИППП именно в частную медицинскую организацию);

- а основная функция кожно-венерологического диспансера – выявление лиц, явившихся источником заражения, осуществляется недостаточно объективно, так как часть случаев заболевания инфекциями, передаваемыми половым путем, не выявляется, что доказано при статистическом анализе соотношения зарегистрированных случаев заболевания ИППП среди мужчин и женщин за весь изучаемый период времени.

И все это говорит о том, что в данный момент существует несоответствие между действительной распространенностью инфекций, передаваемых половым путем, среди населения и официальными данными государственных органов статистики об уровне общей заболеваемости, которые были изучены в данном исследовании. В действительности неизвестно каковы показатели реальной распространенности данных инфекций среди населения на момент исследования, а сам регистрируемый уровень общей заболеваемости является лишь известным нам минимумом.

Все это говорит в том числе и о том, что профилактические мероприятия, проводимые на момент исследования, были недостаточно эффективны, необходимо изменить тактику проведения первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем.

Помимо этого – уровень общей заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, являлся единственным существующим на

момент исследования в системе отечественного здравоохранения критерием оценки эффективности профилактической деятельности кожно-венерологической службы РФ. В связи с этим, запланированная оценка эффективности проводимой первичной профилактики ИППП оказалась несостоятельной. По итогам данной научно-исследовательской работы разработаны мероприятия по совершенствованию первичной профилактики ИППП и предложено два критерия оценки их эффективности: информированность по вопросам ИППП; риск возникновения и развития ИППП. Эти критерии совместно с уровнем заболеваемости ИППП образуют полноценный комплекс по оценке эффективности проведения первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, который учитывает, как результативный показатель, так и процессуальные показатели деятельности в отношении первичной профилактики данных инфекций. Предложенный комплекс критериев позволит проводить контроль не только по итогам отчетного периода, но и текущий (оперативный).

В возрастной структуре пациентов, у которых диагностированы ИППП в городе Казани за период 2000-2016 гг., отмечена положительная динамика в отношении группы больных от 0 до 14 лет. Так, в данной возрастной группе в 2000 году было зафиксировано 48 случаев заболевания ИППП, а к 2016 году их количество снизилось до 8, что занимает 0.2% в возрастной структуре общей заболеваемости данными инфекциями.

Многие авторы в своих работах акцентируют внимание на возрастной группе от 15 до 29 лет, как на группе риска возникновения и развития ИППП, которая соответствует определению социально-демографического слоя общества – «молодежь». В РФ учетно-отчетная документация по регистрации случаев заболевания ИППП имеет специфическую возрастную градацию, о чем говорилось в соответствующем параграфе данной научно-исследовательской работы. Молодежь в этом документообороте разделена на две группы, согласно границе совершеннолетия: 15-17 лет и 18-29 лет.

Согласно данным собственного исследования, в Казани за весь изучаемый период молодежь в возрастной структуре общей заболеваемости ИППП преобладала над остальными группами, ее доля колебалась от 61,7% до 71,7%. Эти результаты подтверждают информацию, полученную из обзора научной литературы, и молодежь выделена, как группа риска возникновения и развития ИППП.

Вышеизложенные факты выводят первичную профилактику ИППП среди молодежи, как метод борьбы с распространением данных инфекций, на первое место потому что, только предупреждая инфицирование, возможно дальнейшее снижение общей заболеваемости ИППП, в особенности теми инфекциями, которые вызывают развитие заболеваний из группы 2. Причина этому то, что две инфекции из группы заболеваний 2 – вирусные, то есть имеют хроническое течение. Собственно, цель диссертационной работы заключается в разработке мероприятий по совершенствованию первичной профилактики ИППП среди молодежи в крупном промышленном городе на примере города Казани в связи с тем, что молодежь определена как группа риска возникновения и развития ИППП. В крупном промышленном городе в связи с тем, что организация подобных мероприятий наиболее затруднительна в регионе с большой плотностью проживания, а Казань является одним из 36 крупных промышленных городов России (располагается на 6-м месте по численности населения среди городов России).

Для реализации цели данной научно-исследовательской работы необходимо было изучить факторы, оказывающие влияние на возникновение и развитие ИППП среди молодежи, выявить наиболее весомые из них, и, с учетом современной ситуации в области первичной профилактики, разработать мероприятия по снижению силы влияния каждого из изученных факторов риска.

В первой половине 2015 года в городе Казани было проведено социально-гигиеническое исследование молодежи по вопросам ИППП и

параллельно выявлено мнение молодежи о деталях проведения первичной профилактики в данной области. Опрошено две тысячи триста респондентов, проживающих в выбранном регионе, в возрасте от 15 до 29 лет включительно. У пятидесяти процентов (1300 человек) опрошенных на момент анкетирования диагностированы ИППП (у 201 человека из них это был не первый случай заражения). Их опрос производили врачи на приеме в медицинских организациях, работающих по профилю дерматовенерология независимо от формы собственности. Среди здоровых респондентов опрос проводился специально подготовленными людьми случайным образом в местах скопления молодежи.

В результате статистического анализа 2145 отобранных для изучения карт опроса из 49 вопросов (каждый из которых раскрывал фактор, оказывающий влияние на возникновение и развитие ИППП, по данным обзора научной литературы), выявлено 7 наиболее значимых фактора риска, иерархия и сила влияния которых распределена следующим образом: 1 – Раннее начало половой жизни (младше 15 лет) (сила влияния – 39,81, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 2 – Низкий уровень информированности по вопросам ИППП (ниже 60%) (сила влияния – 9,39, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 3 – Низкий процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером (ниже 90%) (сила влияния – 5,48, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 4 – Практика коммерческих сексуальных взаимоотношений (сила влияния – 2,21, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 5 - Наркотическая эйфория, алкогольное опьянение или насилие при сексуальном дебюте (сила влияния – 2,09, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 6 - Практика сексуальных взаимоотношений на первых часах знакомства (сила влияния – 1,98, уровень значимости  $p < 0,001$ ); 7 – Промискуитет (сила влияния – 1,49, уровень значимости  $p < 0,001$ ).



Остановимся подробно на первых трех местах в данной иерархической лестнице, так средний возраст сексуального дебюта в группе респондентов, перенесших ИППП, равен 14 годам, в группе здоровых респондентов – 16 лет.

Средний уровень информированности по вопросам ИППП здоровых респондентов был выше в среднем примерно на 30% аналогичного показателя в группе респондентов, перенесших ИППП, и составлял 73%. При этом, в группе здоровых респондентов средний бал оценки собственного уровня информированности соответствовал среднему уровню информированности в данной группе. В группе же респондентов, перенесших ИППП, выявлена переоценка собственных знаний по данному вопросу (средний уровень информированности равен 43%, средний уровень самооценки равен 60%).

Средний процент использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером в группе здоровых респондентов равен 99%, в группе респондентов, перенесших ИППП, - 70%.

В ходе анализа отмечен высокий уровень информированности респондентов, перенесших ИППП два и более раз. При этом среди респондентов с впервые диагностированным ИППП самые низкие показатели уровня информированности (43%) и его самооценки (50%) и случаев использования презерватива при первом сексуальном контакте с новым половым партнером (67%). Однако, среди респондентов, перенесших ИППП два и более раз, показатели уровня информированности и его самооценки (87%; 99% соответственно) выше даже чем аналогичные показатели в группе здоровых респондентов (73%; 73%). Респонденты, перенесшие ИППП два и более раз, используют презерватив при первом сексуальном контакте с новым половым партнером в среднем в 80% случаев, данный показатель превышает показатель респондентов с впервые диагностированным ИППП, однако ниже показателей группы здоровых респондентов. Мы полагаем, что среди респондентов, перенесших ИППП два и более раз, отсутствует страх заражения после первого опыта удачного лечения в медицинской

организации, в связи с этим снижение влияния части факторов риска среди них не снижает вероятность их повторного заражения. Что является дополнительным подтверждением особой значимости именно первичной профилактики в борьбе с распространением инфекций, передаваемых половым путем.

Благодаря полученным результатам в ходе статистического анализа составлена матрица по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития инфекций, передаваемых половым путем, в основе которой лежит формула бинарной логистической регрессии. Данная матрица позволяет рассчитать степень вероятности возникновения и развития ИППП у отдельно взятого респондента, при этом результат расчета стремящийся к нулю говорит об отсутствии риска при том образе жизни, который ведет респондент в момент расчета степени риска ( $0 - 0,5$ ), результат стремящийся к единице говорит об обратном ( $0,5 - 1$ ). При проведении группового или популяционного опроса благодаря данной матрице возможно рассчитать уровень риска возникновения и развития ИППП и провести оценку уровня информированности населения по данному вопросу.

Статистический анализ пятой группы вопросов (27 вопросов), которые составлены для определения мнения респондентов относительно проведения первичной профилактики ИППП, позволил выявить ряд условий, выдвигаемых молодежью к подобного рода мероприятиям, которые были нами учтены при разработке мероприятий по совершенствованию существующей системы первичной профилактики данных инфекций.

Отметим, что 72,3% опрошенных респондентов считали, что первичная профилактика ИППП проводится в недостаточной мере. Средний возраст начала проведения данных мероприятий, по мнению опрошенной молодежи, составляет 14 лет. Выявлена статистически значимая зависимость средней силы между данным показателем и показателем среднего возраста сексуального дебюта участвовавших в исследовании респондентов. Данный

факт имеет логическое объяснение: информация по вопросам ИППП наиболее востребована именно в период сексуального дебюта, более позднее информирование может потерять актуальность, если имело место инфицирование, так как данную информацию респондент получит уже в период лечения. И, как было отмечено ранее, люди, получившие информацию во время лечения от ИППП, хоть и имеют более высокие показатели информированности, все же склонны к повторному заражению (более 18% респондентов, перенесших ИППП, были инфицированы два и более раз). Здесь же стоит отметить, что большинство положительных оценок в отношении проведения первичной профилактики ИППП, по мнению молодежи, отдано именно медицинским работникам, и им же, респонденты выказали наибольшее доверие в плане получения информации по данному вопросу.

К наиболее предпочтительным местам проведения данных мероприятий опрошенная молодежь отнесла общеобразовательные организации (школы). Наиболее удобным источником получения информации респонденты сочли лекции, затем специальную литературу и наконец интернет. Говоря о форме восприятия информации по вопросам проведения первичной профилактики ИППП наибольший процент положительных оценок респондентами отдан беседе с медицинскими работниками, на втором месте расположились лекции, на третьем – беседа со сверстниками.

На основании обзора научной литературы за последние десять лет и анализе нормативно-правовой базы, действующей на территории РФ, в данной научно-исследовательской работе описана система первичной профилактики с ее преимуществами и недостатками, реализуемая на сегодняшний день в нашей стране, отмечены достижения и недостатки разработок в данной области наших и иностранных коллег. Все это сопоставлено с результатами социально-гигиенического исследования молодежи и данными государственных органов официальной статистики о занятости населения в возрасте 14 лет. В результате чего научно обоснованы и разработаны

мероприятия по совершенствованию первичной профилактики ИППП с учетом мнения целевой аудитории.

Данные мероприятия успешно апробировано в ходе медико-организационного эксперимента, после чего часть из них внедрена в практическую деятельность здравоохранения.

## Список литературы

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Стандарты медицинской помощи [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/61/22/stranitsa-979/stranitsa-983>
2. Нормативные документы Государственного научного центра дерматовенерологии и косметологии Министерства здравоохранения РФ [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.cnikvi.ru/content.php?id=4.35>
3. «Об утверждении форм федерального государственного статистического наблюдения за заболеваемостью населения, профилактическими прививками, деятельностью медицинских учреждений» : постановление Госкомстата РФ от 10.09.2002 № 175 (ред. от 28.01.2009) ; форма № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковых кожных заболеваниях и чесоткой» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakonbase.ru/content/part/458256>
4. «Об утверждении формы федерального государственного статистического наблюдения для организации Минздравом России статистического наблюдения за заболеваемостью населения» : постановление Госкомстата от 7 октября 2003 года № 88 ; форма № 34 "Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой"[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://e.glavbukh.ru/npd-doc.aspx?npmid=99&npid=901877874#XA00LVA2M9> (утратило силу?)
5. «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «дерматовенерология» : приказ МЗ РФ от 15 ноября 2012 г. N 924н зарегистрирован в Минюсте России 21 декабря 2012 г. N 26302 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gauzrkvd1.ru/924n.pdf>

6. «О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем» : приказ МЗ РФ от 27 марта 1998 г. N 91 [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/8174> (утратил силу)

7. «О совершенствовании контроля за заболеваниями, передаваемыми половым путем» : приказ МЗ РФ от 7 декабря 1993 г. № 286 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://rudocor.net/medicine/bz-yw/med-cmzet/index.htm>

8. «О форме N 089/у-кв "Извещение о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса уrogenитального, аногенитальными бородавками, микроспории, фавуса, трихофитии, микоза стоп, чесотки" : письмо МЗ РФ от 2 марта 2015 года N 13-2/25 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/420261395>

9. Перечень социально значимых заболеваний, перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих : постановление Правительства РФ "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих" от 1 декабря 2004 г. N 715 [Электронный ресурс] // Законы, Кодексы и нормативно-правовые акты Российской Федерации – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/postanovlenie-pravitelstva-rf-ot-01122004-n-715/>

10. Положение об организации деятельности подросткового специализированного центра профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем [Электронный ресурс] // Порядок оказания медицинской помощи больным дерматовенерологического профиля : приложение N 1 к приказу Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 16 марта 2010 г. N 151н. – Режим доступа: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc15948.html>

11. Порядок сбора статистических данных и формирования форм государственной статистической отчетности по оказанию дерматовенерологической помощи населению : метод. рекомендации / Е. П. Какорина [и др.] ; утверждены 1 ноября 2006 г. N 5761-РХ. - Режим доступа: [http://nursemanager.ru/index.php?option=com\\_mtree&task=att\\_download&link\\_id=989&cf\\_id=24](http://nursemanager.ru/index.php?option=com_mtree&task=att_download&link_id=989&cf_id=24)

12. Постановление Правительства РФ от 01.12.2004 г. № 715 «Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12137881/>

13. Постановление Правительства РФ от 13 ноября 2001 г. N 790 "О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы)" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/12124874/>

14. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. N 291 "О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра "Сколково")" (с изменениями и дополнениями) [Электронный ресурс]. - Режим доступа : <http://base.garant.ru/70164724/>

15. Постановление Правительства РФ от 22 октября 2012 г. N 1074 "О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2013 год и на плановый период 2014 и 2015 годов" [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://base.garant.ru/70246050/>

16. Постановление Правительства РФ от 4 октября 2012 г. N 1006 "Об утверждении Правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://base.garant.ru/70237118/>

17. Постановление Правительства РФ от 10 мая 2007 года N 280 «О федеральной целевой программе "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007-2012 годы)" (с изменениями на 28 декабря 2012 года) [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/902042819>

18. Приказ МЗ РФ от 02.10.2009 г. № 808Н «Об утверждении порядка оказания акушерско-гинекологической помощи» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-02102009-n-808n/>

19. Приказ МЗ РФ от 07.12.1993 г. № 286 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/8172>

20. Приказ МЗ РФ от 23.09.2003 г. № 455 «О совершенствовании деятельности органов и учреждений здравоохранения по профилактике заболеваний в Российской Федерации» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.webapteka.ru/phdocs/doc5896.html>

21. Приказ МЗ РФ от 26.03.2001 г. № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gauzrkvd1.ru/87.pdf>

22. Приказ МЗ РФ от 27.03.98 № 91 «О неотложных мерах по предупреждению распространения заболеваний, передаваемых половым путем» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.zakonprost.ru/content/base/8174>

23. Приказ МЗ РФ от 30.07.2001 г. № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://gauzrkvd1.ru/291.pdf>

24. Приказ МЗ РФ от 15.11.2012 N 924н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю "дерматовенерология" (зарегистрировано в Минюсте России 21.12.2012 N 26302) Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://gauzrkvd1.ru/924n.pdf>



25. Приказ МЗ РФ от 12.04.2011 № 302н «Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда» [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/prikaz-minzdravsotsrazvitija-rf-ot-12042011-n-302n/>

26. Распоряжение Правительства РФ от 11.12.2006 N 1706-р "Концепция федеральной целевой программы "Предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы) ; Приложение N 1 «Целевые индикаторы и показатели федеральной целевой программы предупреждение и борьба с социально значимыми заболеваниями (2007 - 2011 годы)". Подпрограмма "Инфекции, передаваемые половым путем" [Электронный ресурс]. - Режим доступа: <http://nalogcodex.ru/goverment/Rasporyazhenie-Pravitelstva-RF-ot-11.12.2006-N-1706-r/>

27. Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 N 63-ФЗ (ред. от 13.07.2015, с изм. от 16.07.2015), (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2015). Статья 121. Заражение венерической болезнью [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://zakon.kuban.ru/uk96/gl/63fz-96st.shtml>

28. Указ Президента РФ от 09.10.2007 N 1351 (ред. от 01.07.2014) "Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/ukaz-prezidenta-rf-ot-09102007-n-1351/>

29. Указ Президента РФ от 12.05.2009 N 537 (ред. от 01.07.2014) "О Стратегии национальной безопасности Российской Федерации до 2020 года"

[Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/ukaz-prezidenta-rf-ot-12052009-n-537/>

30. Федеральный закон "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации" от 29.11.2010 N 326-ФЗ (последняя редакция) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_107289/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_107289/)

31. Федеральный закон от 21.11.2011 N 323-ФЗ (ред. от 03.07.2016) "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" (с изм. и доп., вступ. в силу с 01.01.2017) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://legalacts.ru/doc/FZ-ob-osnovah-ohrany-zdorovja-grazhdan/>

32. Федеральный закон РФ от 30.03.1999 г. № 52 «О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения» [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_22481/](http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_22481/)

33. Абашидзе Г. Т. Уровень осведомленности студентов Кубанского государственного медицинского университета об инфекциях, передающихся половым путем / Г. Т. Абашидзе // 85-я Всерос. студ. науч. конференция (Казань, 15-16 апреля 2011 г.) : тезисы докладов. – Казань, 2011. – С. 153.

34. Айвазова Д. С. Комплексное лечение эктопии шейки матки, ассоциированной с ИППП у молодых нерожавших женщин : автореф. ... канд. мед. наук : 14.01.01 [Электронный ресурс] / Айвазова Дианна Сергеевна. – Москва, 2010. – Режим доступа: <http://disus.ru/r-meditsina/409264-1-kompleksnoe-lechenie-ektopii-sheyki-matki-associirovannoy-infekciyami-peredavaemimi-polovim-putem-molodih-nerozhavshih-zhensch.php>

35. Анализ деятельности центра контроля и профилактики ИППП у детей и подростков «Доверие» в Удмуртской Республике / Р. М. Загртдинова, [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. - № 1. – С. 19-22.

36. Анализ факторов риска и современных клинико-лабораторных особенностей неосложненных и осложненных форм урогенитальной

инфекции у мужчин / М. Р. Рахматулина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. - № 4. – С. 55-63.

37. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - № 5. – С. 4-21.

38. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / А. А. Кубанова, И. Н. Лесная, А. А. Кубанов [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - № 5. – С. 4-21.

39. Анализ эпидемической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2010. - № 5. - С. 4-21.

40. Андреев С. В. Факторы риска возникновения и развития сифилиса [Электронный ресурс] / С. В. Андреев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 5. – Режим доступа: <http://www.science-education.ru/111-10120>

41. Анисимова Н. С. Изучение распространенности хламидийной и других инфекций, передаваемых половым путем, среди молодежи Курской области по результатам областной целевой программы [Электронный ресурс] / Н. С. Анисимова, И. Ю. Леонова, Л. А. Бредихина // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2014. - №3. – С. 25-29. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/izuchenie-rasprostranennosti-hlamidiynoy-i-drugih-infektsiy-peredavaemyh-polovym-putem-sredi-molodezhi-kurskoy-oblasti-po-rezultatam>

42. Анисимова Н. С. Организация системы эпидемиологического наблюдения за хламидийной инфекцией : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.02

[Электронный ресурс] / Анисимова Наталия Сергеевна. – Москва, 2014. – 120 с. – Режим доступа: [http://www.crie.ru/pdf/disser2\(anisimova\).pdf](http://www.crie.ru/pdf/disser2(anisimova).pdf)

43. Анисимова Н. С. Организация системы эпидемиологического наблюдения за хламидийной инфекцией : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.02 / Анисимова Наталия Сергеевна. - Москва, 2014. - 120 с.

44. Анисимова Н. С. Проблемы эпидемиологического надзора за инфекциями, передаваемыми половым путем / Н. С. Анисимова, Г. А. Шипулин, В. В. Покровский // Эпидемиология и инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2012. - № 3. – С. 4-8.

45. Аскеров Ш. Г. Методологические основы оценки знаний / Ш. Г. Аскеров // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия : Юридические науки. – 2005. – № 1. - С. 154-157.

46. Балинова В. С. Статистика в вопросах и ответах. Учебное пособие / В. С. Балинова. – Москва : ТК Велби, Проспект, 2004. – 344 с.

47. Барина А. Н. Гражданско-правовая ответственность за заражение инфекциями, передаваемыми половым путем. Пути совершенствования нормативного регулирования в венерологии / А. Н. Барина, О. Г. Хурцилава, С. Л. Плавинский // Российский семейный врач. – 2012. – Т. 16, № 1. – С. 4-10.

48. Барина А. Н. Инфекции, передающиеся половым путем в группах риска в России / А. Н. Барина, С. Л. Плавинский, К. М. Ерошина. - Санкт-Петербург : Лема, 2012. – 185 с.

49. Барина А. Н. Понятие о группах рисках инфекций, передающихся половым путем, и ВИЧ-инфекции. Обзор литературы / А. Н. Барина // Российский Семейный Врач. – 2012. – Т. 16, № 1. – С. 33-39.

50. Брусничкина Т. А. Формирование здорового образа жизни у детей и подростков / Т. А. Брусничкина, Т. Л. Пузенко, Г. В. Сехина // Материалы 10-го Всерос. съезда дерматовенерологов (Москва, 7-10 октября 2008 г.) – Москва, 2008. – С. 61.

51. Васильева М. Ю. Профилактика ИППП среди несовершеннолетних посредством их информированности : автореф. канд мед. наук : 14.01.10 / Васильева Мария Юрьевна. – Москва, 2012. – 24 с.

52. Вирус папилломы человека (ВПЧ) и рак шейки матки [Электронный ресурс] // Информационный бюллетень ВОЗ. – 2015. - № 380. - Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs380/ru/>

53. Возрастно-половой состав населения городских округов и муниципальных районов Республики Татарстан на начало 2014 г. [Электронный ресурс] / Федеральная служба государственной статистики. – Казань, 2014. – 135 с. Режим доступа: [http://tatstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat\\_ts/tatstat/ru/statistics/population/](http://tatstat.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_ts/tatstat/ru/statistics/population/)

54. Возьмитель А. А. Образ жизни : теоретико-методологические основы анализа / А. А. Возьмитель, Г. И. Осадчая // Социологические исследования. – 2009. - № 8. - С. 58-65.

55. Возьмитель А. А. Образ жизни в России : динамика изменений / А. А. Возьмитель, Г. И. Осадчая // Социологические исследования. – 2010. - № 1. - С. 17-27.

56. Галлямова Ю. А. Клинико-социальные, организационные и этико-правовые основы профилактики инфекций, передаваемых половым путем : автореф. ... д-ра мед наук : 14.00.33 ; 14.00.11 / Юлия Альбертовна Галлямова. – Казань, 2005. – 48 с.

57. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2007. – 70 с. - Режим доступа: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/ru/>

58. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2007. – 70 с. - Режим доступа: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/9789241563475/ru/>

59. Глобальная стратегия сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИД, 2003-2007 гг. [Электронный ресурс] / ВОЗ. - Режим доступа: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42736/2/9241590769\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42736/2/9241590769_rus.pdf)

60. Гришина Н.К. Социологический мониторинг в информационном обеспечении управления здравоохранением // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – с. 17 \_ (17)

61. Декларация «Сексуальное здоровье для Тысячелетия» : принята 15 июля 2005 года участниками 17-го Всемирного сексологического конгресса в Монреале [Электронный ресурс] // ДЕМОСКОП Weekly. – 2005 - № 213-214. - Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2005/0213/reprod01.php>

62. Дерматовенерология : учебник для студентов высших учебных заведений / В. В. Чеботарёв [и др.]. – Москва : ГЕОТАР-Медиа, 2013. - 584 с.

63. Дерматовенерология. Национальное руководство / Под ред. Ю. К. Скрипкина, Ю. С. Бутова, О. Л. Иванова. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1024 с.

64. Диагностика хламидийной и микоплазменной инфекций методом ПЦР у беременных в Удмуртской Республике / Р. Ю. Газизулин, Э. А. Коробейников, В. А. Мерзляков [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. - № 3. – С. 68-70.

65. Димакова Е. В. Медико-социальная характеристика несовершеннолетних с ИППП в Удмуртской Республике / Е. В. Димакова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. - № 2. – С. 17-19.

66. Димакова Е. В. Факторы, влияющие на распространенность инфекций, передающихся половым путем среди несовершеннолетних в Удмуртской Республике / Е. В. Димакова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. - № 4. – С. 15-17.

67. Долженицына Н. А. Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, с использованием информационных технологий : автореф.

дис. ... канд. мед. наук : 14.00.11 [Электронный ресурс] / Долженицына Нина Андреевна. – Иркутск, 2005. – 118 с. – Режим доступа: <http://www.dissercat.com/content/profilaktika-infektsii-peredavaemykh-polovym-putem-s-ispolzovaniem-informatsionnykh-tekhnolo#ixzz4YJf3vIha>

68. Домейка М. Результаты регионального Российско-Шведского проекта «Улучшение контроля и профилактики ИППП» / М. Домейка // Вестник дерматологии и венерологии. – 2008. - № 2. – С. 72—77.

69. Жильцова Е. Е. Медико-социальные проблемы заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в современных условиях / Е. Е. Жильцова, С. Б. Волкова // Российский медико-биологический вестник им. акад. И. П. Павлова. – 2013. - № 1. – С. 149-154.

70. Жукова Н. В. Современные вакцины : характеристика и классификация / Н. В. Жукова, И. М. Кривошеева // Крымский терапевтический журнал. – 2013. – № 2. – С. 99-104.

71. Жучков М. В. Основы правильного заполнения учетной формы № 089/у-кв для врачей-дерматовенерологов и смежных специальностей как основного инструмента статистического учета больных инфекциями, передаваемыми половым путем, и заразными кожными болезнями / М. В. Жучков, М. А. Тарасова, Д. Б. Сонин // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. - № 4. – С. 12-18.

72. Заболеваемость врожденным сифилисом в РФ в период 2002-2012 гг. / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 6. – С. 24-31.

73. Заболеваемость сифилисом в российской федерации в 2010-2014 гг / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2015. - № 5. - С. 15-23.

74. Замалиева М. И. Оценка полового воспитания (на примере школы № 8 Кировского района г. Казани) / М. И. Замалиева // 85-я Всерос. студ. науч.

конференция памяти академика АН РТ, проф. Д. М. Зубаирова (15-16 апреля 2011 г.). – Казань, 2011. – С. 303.

75. Заславский Д. В. Результаты оценки информированности несовершеннолетних об ИППП / Д. В. Заславский, А. Р. Ким // Материалы X конгресса педиатров России в журнале «Вопросы современной педиатрии». – 2006. – Т. 5, № 1. – С. 207а.

76. Захаров М. А. Первичная профилактика ИППП как медицинская технология / М. А. Захаров // X Всерос. съезд дерматовенерологов (Москва, 7-10 октября 2008 г.) : тезисы докл. – Москва, 2008. – С. 66.

77. Здравоохранение в России. 2009 : Статистический сборник / Росстат. - Москва, 2009. – С. 61.

78. Зиндобрая Ю. Е. К вопросу о нарушении фертильности у пациентов с урогенитальным трихомонозом / Ю. Е. Зиндобрая, О. Н. Позднякова // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – Т. 64, № 4. – С. 96-98.

79. Значение слова "Молодёжь" в Большой Советской Энциклопедии [Электронный ресурс] // Большая Советская Энциклопедия. – Режим доступа: <http://bse.sci-lib.com/article077640.html>

80. Иммунные и генетические факторы нарушения репродуктивной функции, ассоциированные с урогенитальной хламидийной инфекцией у человека / К. И. Плахова, М. Р. Рахматулина, Н. В. Фриго [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - № 6. – С. 39-45.

81. Иммунные предикторы осложнений урогенитальной хламидийной инфекции, приводящей к нарушениям репродуктивной функции / К. И. Плахова, Н. В. Фриго, М. Р. Рахматулина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. - № 4. – С. 41-47.

82. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) [Электронный ресурс] / Информационный бюллетень. – 2015. - № 110. – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs110/ru/>



83. Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП) и ВИЧ-инфекция в группах риска. Распространяются ли возбудители по одним и тем же сетям? / С. Л. Плавинский, А. Н. Баринова, К. М. Ерошина [и др.] // Медицина. – 2013. - № 3. – С. 46-56.

84. Инфекции, передаваемые половым путём. Словарь-справочник [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ippp.ru/>

85. Инфекции, передающие преимущественно половым путем (A50-A64) [Электронный ресурс] / МКБ 10 - Международная классификация болезней 10-го пересмотра. - 2013. – Режим доступа: <http://mkb-10.com/index.php?pid=268>

86. К вопросу о местном лечении в комплексной терапии хронических уретритов, ассоциированных с инфекциями, передаваемыми половым путем / Р. М. Абдрахманов [и др.] // Урология. - 2015. - № 6. - С. 40-46.

87. Каржаубаева Ш. Е. Ресурсное обеспечение молодежных центров Здоровья в Республике Казахстан / Ш. Е. Каржаубаева, Д. К. Рахимбекова // Российский семейный врач. – 2009. – Т. 13, № 2. – С. 16-19.

88. Касихина Е. И. Папилломавирусная инфекция сегодня : клиническое разнообразие : лечение и профилактика [Электронный ресурс] / Е. И. Касихина // Лечащий врач. – 2010. - № 10. – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2011/10/15435269/>

89. Качаева Ю. И. Проблема заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, подросткового населения Ульяновской области / Ю. И. Качаева, Д. С. Блинов, Е. В. Семелева // Вестник новых медицинских технологий. Электронное издание. – 2014. - № 1. - Режим доступа: <http://www.medtsu.tula.ru/VNMT/Bulletin/E2014-1/4933.pdf>

90. Китаева Н. В. Анализ заболеваемости сифилисом в Российской Федерации за период 1997-2007 гг. / Н. В. Китаева, Л. Е. Мелехина // X Всерос. съезд дерматовенерологов (7-10 октября 2008 г.). – Москва, 2008. – С. 53.

91. Клинико-социальная характеристика и исходы беременности у женщин, больных сифилисом / Э. А. Коробейникова, Н. А. Колясева, М. А. Дош [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. - № 1. – С. 33-35.

92. Комплексная борьба с раком шейки матки - руководство [Электронный ресурс] / ВОЗ. – 2008. – Режим доступа: <http://www.booksmed.com/ginekologiya/72-kompleksnaya-borba-s-rakom-shejki-matki.html>

93. Кондратьева Ю. С. Этиологическая роль инфекций, передаваемых половым путем, в развитии хронических циститов, осложненных лейкоплакией мочевого пузыря / Ю. С. Кондратьева, А. И. Неймрак, Е. В. Ильинская // Клиническая дерматология и венерология. – 2010. - № 6. – С. 45-49.

94. Корепанова М. В. Клиника, диагностика и лечение гонококковой инфекции у детей / М. В. Корепанова, В. А. Мерзляков, М. С. Алексеева // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. - № 3. – С. 67-68.

95. Коровина И. В. Научное обоснование организационного обеспечения профилактики заболеваний у студентов на уровне муниципальной поликлиники : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Коровина Ирина Владимировна. – Москва, 2005. – 27 с.

96. Коровина И. В. Научное обоснование организационного обеспечения профилактики заболеваний у студентов на уровне муниципальной поликлиники : дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Коровина Ирина Владимировна. – Москва, 2005. – 130 с.

97. Кубанова А. А. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в группах повышенного поведенческого риска / А. А. Кубанова, О. К. Лосева // Вестник дерматологии и венерологии. - 2000. - № 5. - С. 4-7.

98. Кузнецова Ю. Н. Инфекционные заболевания урогенитального тракта у подростков и молодежи как фактор риска формирования нарушений репродуктивного здоровья. Часть 1 / Ю. Н. Кузнецова, Н. В. Зильберберг, Н. П. Евстигнеева // Лечащий врач. - № 11. – 2014. – С. 26-27.

99. Кузнецова Ю. Н. Инфекционные заболевания урогенитального тракта у подростков и молодежи как фактор риска формирования нарушений репродуктивного здоровья. Часть 2 / Ю. Н. Кузнецова, Н. В. Зильберберг, Н. П. Евстигнеева // Лечащий врач. - № 12. – 2014. – С. 61-63.

100. Кузнецова Ю. Н. Инфекционные заболевания урогенитального тракта у подростков как фактор риска формирования нарушений репродуктивного здоровья / Ю. Н. Кузнецова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2014. - № 10. – С. 132-136.

101. Ленкин С. Г. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, по возрастным характеристикам / С. Г. Ленкин // Современные проблемы науки и образования. – 2013. - № 3. – С. 119-130.

102. Линденбрaten А.Л. Качество организации медицинской помощи и критерии для его оценки // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – с. 165-169 \_ (9)

103. Линденбрaten А.Л. Роль ментальной профилактики в охране здоровья населения // Вестник Росздравнадзора. – 2015. – с. 77-79 \_ (8)

104. Лисицын Ю. П. Социально-гигиенические аспекты изучения образа жизни / Ю. П. Лисицын, Н. В. Полунина. - в кн. Комплексные социально-гигиенические и клинико-социальные исследования. – Москва, 1982. – С. 5–23.

105. Мавров Г. И. Математическое моделирование и прогноз распространения венерических болезней / Г. И. Мавров, Г. П. Чинов // Математичне моделювання. – 2006. - № 2. – С. 102-105.

106. Мартынов А. А. Эффективность информационных технологий в процессе оказания специализированной дерматовенерологической помощи населению Российской Федерации / А. А. Мартынов, Е. В. Пирогова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. - № 5. – С. 24-31.

107. Махова О. А. Маркетинговый анализ индивидуальных покупателей медицинских услуг городской поликлиники / О. А. Махова, В. Н. Филатов // Российский семейный врач. – 2006. – Т. 10, № 2. – С. 14-17.

108. Медик В.А. Статистика социальной обусловленности общественного здоровья / В.А. Медик, Осипов А.М. // Медицинский академический журнал. – 2011. – с. 99-109 \_ (5)

109. Медико-социальные аспекты заболеваемости ИППП женщин фертильного возраста и совершенствования профилактической работы в Республике Дагестан : методические рекомендации / А. А. Калининская [и др.]. – Пенза : Академия Естествознания, 2013. – Режим доступа: <https://monographies.ru/ru/book/view?id=221>

110. Медуницын Н. В. Основы иммунопрофилактики и иммунотерапии инфекционных болезней : учеб. пособие / Н. В. Медуницын, В. И. Покровский. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2005. — 512 с.

111. Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) Международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10). Электронный справочник МКБ-10. 1990-2017. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://mkb10.su/>

112. Методические подходы к формированию актуальных индикаторов качества медицинской помощи / Р.У. Хабриев [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2005. – с. 9-15 \_ (15, 16)

113. Минуллин И. К. Низкопороговый сервисный центр на базе поликлинического отделения кожно-венерологического диспансера, как модель оказания комплексных медико-социальных услуг уязвимым группам

населения / И. К. Минуллин, Л. А. Таишева, Г. Г. Вафина // Практическая медицина. – 2013. - №1-4 (73). – С. 90-93.

114. Мировая статистика здравоохранения. 2010 год [Электронный ресурс] / Всемирная организация здравоохранения. - 2010. - 177 с. – Режим доступа: [http://www.oncology.ru/service/statistics/medstatistics/WHO\\_2010.pdf](http://www.oncology.ru/service/statistics/medstatistics/WHO_2010.pdf)

115. Моделирование и прогнозирование риска бесплодия у мужчин по их медико-социальным характеристикам / М. Л. Чернышева [и др.] // Вестник ТГУ. – 2011. - Т. 16, вып. 3. – С. 860-862.

116. Молодежь [Электронный ресурс] / Энциклопедии и словари ; Большой энциклопедический словарь. – 2015. - Режим доступа: [http://enc-dic.com/enc\\_big/Molodezh-37912](http://enc-dic.com/enc_big/Molodezh-37912)

117. Молодежь Татарстана. 2012 [Электронный ресурс] : статистический сборник / Татарстанстат. - Казань, 2013. – 63 с. – Режим доступа: [http://libweb.kpfu.ru/stat\\_compilations/107\\_2013.pdf](http://libweb.kpfu.ru/stat_compilations/107_2013.pdf)

118. Мунавирова А. А. Гонококковая инфекция и демографическая ситуация в Республике Татарстан / А. А. Мунавирова // 87-я Всерос. науч.-практ. конф. студентов и молодых ученых, посвященная 155-летию со дня рождения Л. О. Даркшевича (21-22 марта). – Казань, 2013. – С. 115.

119. Мусаева Л. З. Анализ тенденций урбанизации РФ [Электронный ресурс] / Л. З. Мусаева, С. Р. Шамилев // Современные проблемы науки и образования. – 2013. – № 4. - Режим доступа: [www.science-education.ru/](http://www.science-education.ru/)

120. Нагаев Р.А. Совершенствование медико-социальной помощи подросткам на основе анализа их образа жизни / Р.А. Нагаев [и др.] // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – с. 94-98 \_ (13)

121. Наман А. С. А. Биологические и социальные предиктор-факторы формирующие уровень рождаемости / А. С. А. Нуман, Е. И. Дубынина, А. В. Зарубина // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2013. - № 1. – С. 24-32.

122. Нечаев В.С. Диспансеризация, инновационные технологии и здоровье здоровых / В.С. Нечаев, И.А. Петрова, Л.Г. Иванова // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – с. 104-106 \_ (18)

123. Новый подход к лечению инфекций, передаваемых половым путем / Е. В. Файзуллина [и др.] // Вестник современной клинической медицины. – 2011. – Т. 4, № 1. - С. 17-21.

124. Обзор платных медицинских услуг и здорового образа жизни [Электронный ресурс] // РБК. – 2013. - Режим доступа: <http://marketing.rbc.ru/reviews//medicine2013/>

125. Особенности сексуальной дисфункции у мужчин больных хроническим простатитом, ассоциированным с инфекциями, передаваемыми половым путем / Р. М. Абдрахманов [и др.] // Практическая медицина. – 2012. - № 9(65). – С. 159-163.

126. Особенности заболеваемости подростков в России / В.О. Щепин [и др.] // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2013. – с. 313-319 \_ (12)

127. Особенности течения настоящей беременности у женщин с перенесённой в анамнезе гонореей нижнего отдела половых путей / Л.С. Целкович [и др.] // Актуальные вопросы последипломного образования и здравоохранения. – 2008. – с. 154-155 \_ (19)

128. Отдельнова К. А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / К. А. Отдельнова // Сб. трудов Московского 2-го медицинского института. - Москва, 1980. – Т. 150, вып. 6. – С. 18–22.

129. Панченко А. А. Медико-организационные аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем у детей, подростков г. Москвы : автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.00.33 / Алексей Александрович Панченко. – Москва, 2008. – 22 с.

130. Папин А. Г. Динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, на территории Оренбургской области / А. Г. Папин, С. В. Андреев, И. А. Лобкарев // Практическая медицина. - 2014. - № 8(84). – С. 49-51.

131. Папин А. Г. Некоторые аспекты работы отделения периодических профилактических медицинских осмотров / А. Г. Папин, С. В. Давлетьярова, С. В. Андреев // Практическая медицина. – 2013. - № 1-4(73). – С. 98-101.

132. Петрова Л. И. Эпидемиологические аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем больных подростками [Электронный ресурс] / Л. И. Петрова, А. Г. Федулова // Sworld. – 2013. – Режим доступа: <http://sworld.com.ua/index.php/uk/veterinary-medicine-and-pharmaceuticals-413/preserving-medicine-413/19740-413-0654>

133. Плавинский С. Л. Математическое моделирование распространения инфекций, передающихся половым путем. Значение для общественного здоровья и здравоохранения / С. Л. Плавинский // Медицина. – 2013. - № 2. – С. 29-37.

134. Плавинский С. Л. Сексуальное поведение, венерические болезни и гетеросексуальная эпидемия ВИЧ-инфекции – некоторые результаты математического моделирования / С. Л. Плавинский, А. Н. Барина, К. И. Разнатовский // Российский семейный врач. – 2007. – Т. 11, № 3. – С. 30-37.

135. Платонов А. В. Роль кабинета первичной профилактики в комплексном решении проблем снижения заболеваемости ИППП, заразных кожных заболеваний и хронических дерматозов среди подростков, молодежи и других возрастных групп населения / А. В. Платонов, С. А. Меркулов, В. А. Кузина // Сибирский журнал дерматологии и венерологии – 2007. – №. 8. – С. 127-130.

136. Плешков П. В. Бактериальные инфекции, передаваемые половым путем у девушек подростков : современные клинико-социальные аспекты :

дис. ... канд. мед. наук : 14.01.10 / Плешков Павел Владимирович. - Санкт-Петербург, 2010. - 93 с.

137. Повышение информированности молодежи в вопросах, касающихся ИППП и контрацепции, как основа профилактики ВЗОМТ / О. О. Михайлова [и др.] // X Всерос. съезд дерматовенерологов : тезисы докл. – Москва, 2008. – С. 69.

138. Повышение эффективности использования интернет-технологий в вопросах информирования населения / М. А. Патяшина, М. В. Трофимова, Л. Г. Авдоница [и др.] / Здоровье населения и среда обитания. – 2015. - № 11. – С. 4-6.

139. Позднякова О. Н. Заболеваемость сифилисом среди больных, находившихся на стационарном лечении в Новосибирском областном кожно-венерологическом диспансере в 2012 году [Электронный ресурс] / О. Н. Позднякова, А. С. Морозова, Т. О. Руденко // Медицина и образование в Сибири. – 2013. - №4. – Режим доступа: <http://cyberleninka.ru/article/n/zabolevaemost-sifilisom-sredi-bolnyh-nahodivshih-sya-na-statsionarnom-lechenii-v-novosibirskom-oblastnom-kozhno-venerologicheskom>

140. Показатели заболеваемости гонококковой инфекцией Российской Федерации в период с 1999-2009 годы / М. Р. Рахматулина [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. - № 3. – С. 8-17.

141. Половое воспитание подростков и роль семьи на современном этапе / Е. А. Зимина [и др.] // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2015. - № 1. – С. 13-16.

142. Попова Н. Г. Состояние сердечно-сосудистой системы у детей, родившихся от матери с сифилисом // Н. Г. Попова, С. В. Гевондян // Дальневосточный медицинский журнал. – 2010. - № 4. – С. 50-52.

143. Попова Н. М. Характеристика рождаемости на территориях Приволжского Федерального округа / Н. М. Попова, Д. А. Толмачев, А. В.



Попов // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. - № 4. – С. 22-26.

144. Потребность в медико-социальной помощи при социальных заболеваниях (ИППП) / А. Ф. Кузьмин [и др.] // Вестник КГУ им. Н. А. Некрасова. – 2008. - № 1. – С. 35-36.

145. Преобразование систем здравоохранения : гендер и права в охране репродуктивного здоровья : учебная программа для менеджеров здравоохранения [Электронный ресурс] / Джейн Коттингэм, Шарон Фонн, Клаудия Гарсия-Морено [и др.] ; Всемирная организация здравоохранения. – Женева, 2001. – 398 с. – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0012/120513/WHO\\_RHR\\_01.29R.pdf?ua=1](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0012/120513/WHO_RHR_01.29R.pdf?ua=1)

146. Пример разработки и практического применения скрининговой программы раннего выявления риска бесплодия у мужчин / М. Л. Чернышева [и др.] // Вестник ТГУ. – 2011. - Т. 16, вып. 3. – С. 863-867.

147. Профилактика [Электронный ресурс] // Словари и энциклопедии на Академике. Медицинская энциклопедия. – 2015. - Режим доступа: [http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc\\_medicine/25245/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0](http://dic.academic.ru/dic.nsf/enc_medicine/25245/%D0%9F%D1%80%D0%BE%D1%84%D0%B8%D0%BB%D0%B0%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%BA%D0%B0)

148. Разработка и оценка эффективности комплекса профилактических мероприятий по предупреждению распространения гонококковой инфекции в Архангельской области / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - № 2. – С. 16-25.

149. Разработка новой стратегии контроля над распространением инфекций, передаваемых половым путем, на территории Российской Федерации / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. - № 3. – С. 4-12.

150. Рахматулина М. Р. Интернет как источник информации о сексуальном и репродуктивном здоровье для подростков / М. Р. Рахматулина, М. Ю. Васильева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. - № 3. – С. 22-26.

151. Рахматулина М. Р. Новые подходы к оказанию специализированной дерматовенерологической помощи социально неблагополучным группам детей и подростков / М. Р. Рахматулина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2006. - № 5. – С. 50-53.

152. Рахматулина М. Р. Опыт комплексной терапии аногенитальных (венерических) бородавок / М. Р. Рахматулина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. - № 4. – С. 105-110.

153. Рахматулина М. Р. Результаты изучения особенностей сексуального поведения несовершеннолетних различных социальных групп / М. Р. Рахматулина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. - № 2. – С. 13-19.

154. Рахматулина М. Р. Сексуальные дисфункции у мужчин, больных инфекциями, передаваемыми половым путем / М. Р. Рахматулина, О. Ф. Филон // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 2. – С. 33-41.

155. Рахматулина М. Р. Современные методы профилактики развития онкологических заболеваний шейки матки у больных папилломавирусной инфекцией / М. Р. Рахматулина, В. Я. Кицак, Н. В. Большенко // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 6. – С. 40-48.

156. Рахматулина М. Р. Современные представления об эпидемиологии, клинике, диагностике и терапии неосложненных и осложненных форм урогенитальной хламидийной инфекции / М. Р. Рахматулина, Д. В. Попов, К. И. Плахова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2012. - № 6. – С. 35-41.

157. Рахматуллина М. Р. Инфекции, передаваемые половым путем, и их влияние на репродуктивное здоровье детей и подростков / М. Р. Рахматуллина, А. А. Шашкова // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 4. – С. 30-37.

158. Рахматуллина М. Р. Подростковые специализированные центры профилактики и лечения инфекций, передаваемых половым путем : итоги работы и перспективы развития / М. Р. Рахматуллина, М. Ю. Васильева // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. - № 5. – С. 32-40.

159. Рахматуллина М. Р. Результаты изучения особенностей сексуального поведения несовершеннолетних различных социальных групп / М. Р. Рахматуллина // Вестник дерматологии и венерологии. – 2009. - № 2. – С. 13-19.

160. Результаты анализа деятельности медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации за 2012 год / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 5. – С. 21-39.

161. Рейтинг частных клиник Казани в 2013 г. [Электронный ресурс] // Деловой квартал. – 2013. - Режим доступа: <http://kazan.dk.ru/wiki/rejting-chastnykh-klinik>

162. Ресурсы и деятельность медицинских организаций дерматовенерологического профиля в Российской Федерации в 2013 году / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. - 2014. - № 3. - С. 16-36.

163. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг / А. В. Решетников. – Москва : Медицина, 2003. – 1048 с.

164. Сакевич В. И. Европа : заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] / В. И. Сакевич // Демоскоп Weekly. – 2011. - № 473 – 474. – С. 1-6. – Режим доступа: <http://www.demoscope.ru/weekly/2011/0473/reprod01.php>

165. Сакевич В. И. Европа : заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем [Электронный ресурс] / В. И. Сакевич // Демоскоп Weekly. – 2011. – С. 473-474. – Режим доступа: <http://demoscope.ru/weekly/2011/0473/reprod01.php>

166. Санжаревский И. И. Политическая наука : словарь-справочник [Электронный ресурс] / И. И. Санжаревский. – Тамбов, 2014. - Режим доступа: <http://enc-dic.com/polytology/Molodezh-872>

167. Светличная Т. Г. Анализ мировых тенденций развития сексуальной культуры в XX–XXI веках / Т. Г. Светличная, И. Г. Мосягин, С. В. Губерницкая // Экология человека. – 2012. - № 7. - С. 42-49.

168. Светличная Т. Г. Клинико-эпидемиологическая характеристика хламидийной и микоплазменной инфекций как факторов риска для сексуального и репродуктивного здоровья / Т. Г. Светличная, И. Г. Мосягина, С. В. Губерницкая // Экология человека. – 2012. - № 2. – С. 40-46.

169. Сексуальное поведение и уровень информированности об инфекциях, передаваемых половым путём (ИППП), различных субпопуляций молодёжи / Т. А. Сырнева [и др.] // Уральский медицинский журнал. - 2004. - № 3. - С. 24-26.

170. Сергейко И. В. Анализ репродуктивных потерь на современном этапе / И. В. Сергейко // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2014. - № 1. – С. 27-30.

171. Скрининг рака шейки матки. Рекомендации ACS-2012 [Электронный ресурс] / Американское онкологическое общество (American Cancer Society, ACS) по скринингу и раннему выявлению предраковых состояний и рака шейки матки // Медицинские аспекты здоровья женщины. – 2013. – № 5. – С. 38-49. – Режим доступа: <http://mazg.com.ua/uploads/files/2013/5/94021770.pdf>

172. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. Г. Акимов. – Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 544 с.

173. Современные аспекты гигиенического воспитания и обучения населения / А. А. Имамов [и др.] / под ред. проф. А. А. Имамова. – Казань : Отечество, 2014. - 104 с.

174. Современные направления и перспективы развития лабораторной диагностики инфекций, передаваемых половым путем / А. А. Кубанова [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2011. - № 5. – С. 54-63.

175. Современные представления о проблеме негонококковых уретритов у мужчин / С. Н. Козлов [и др.] // Клиническая дерматология и венерология. – 2011. - № 2. – С. 7-19.

176. Солдатенко С. А. Основы социальной медицины : учебно-методическое пособие / С. А. Солдатенко. – Кемерово : Кемеровский проф.-тех. колледж, 2011. – 274 с.

177. Стратегии и лабораторные методы для усиления эпиднадзора за инфекциями, передаваемыми половым путем 2012 г. [Электронный ресурс] / ЮНЕЙДС ; ВОЗ. – 2014. – 89 с. - Режим доступа: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75729/9/9789244504475\\_rus.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75729/9/9789244504475_rus.pdf)

178. Сырнева Т. А. Современное состояние профилактической работы в кожно-венерологических учреждениях / Т. А. Сырнева, Н. П. Малишевская, М. А. Уфимцева // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2012. - № 6. – С. 11-15.

179. Тихомиров А. В. Аналитические обзоры рынка медицинских услуг / А. В. Тихомиров // Главный врач : хозяйство и право. – 2009. – № 3. - С. 50-55.

180. Тюхлова И. Н. Гигиеническое воспитание. Формы гигиенического воспитания : учеб.-метод. пособие / И. Н. Тюхлова, Н. Н. Протьюко. – Минск : БелМАПО, 2014.- 21 с.

181. Урогенитальные инфекционные заболевания у детей : этиология, клиника, диагностика и лечение / А. А. Кубанова, М. Р. Рахматулина, Н. В. Фриго [и др.] // Методическое письмо Минздравсоцразвития № 1583/14. - Москва. - 2005. - С. 24.

182. Федоренко И. И. Роль хламидийной инфекции в развитии бесплодия / И. И. Федоренко, М. Ю. Фадеев // Тверской медицинский журнал. – 2014. - № 5. – С. 92-99.

183. Федоренко И. И. Роль хламидийной инфекции в развитии трубно-перитонеального фактора бесплодия / И. И. Федоренко, М.Ю. Фадеев // Верхневолжский медицинский журнал. – 2012. - № 3. – С. 33-35. (статьи нет)

184. Хамидуллина Г. Н. Качество информированности молодежи о необходимости контрацепции / Г. Н. Хамидуллин // 85-я Всерос. студенческая конференция (15-16 апреля 2011 г.) : тезисы докл. – Казань, 2011. – С. 304.

185. Хабриев Р.У. Стратегия охраны здоровья населения как основа социальной политики государства / Р.У. Хабриев, А.Л. Линденбратен, Ю.М. Комаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2014. – 3-5 с. (10)

186. Царик Г. Н. Общественное здоровье и здравоохранение : учебник для интернов, ординаторов, слушателей циклов первичной переподготовки специалистов по дисциплине Общественное здоровье и здравоохранение / Г. Н. Царик [и др.] ; под. ред. Г. Н. Царик. – Кемерово : КемГМА, 2012. – 911 с.

187. Центр «Доверие» - эффективное оказание дерматовенерологической помощи подросткам / В. М. Глезерова [и др.] // X Всероссийский съезд дерматовенерологов : тез. докл. – Москва, 2008. – С. 62.

188. Цыганок С. С. Эффективная форма профилактики социально-обусловленных заболеваний / С. С. Цыганок, А. П. Парахонский // Фундаментальные исследования. – 2004. – 2. – С. 102-103.

189. Чичерин Л.П. К модернизации программно-целевого планирования научных исследований в России / Л.П. Чичерин, В.О. Щепин // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2014. – с. 154-158 \_ (14)

190. Чичерин Л.П. Резервы практического решения медико-социальных проблем подрастающего поколения // Бюллетень национального научно-

исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2012. – с. 130-133 \_ (11)

191. Шиляева О. Е. Современный взгляд на проблему диагностики и лечения заболеваний мужской репродуктивной системы, ассоциированных с ИППП / О. Е. Шиляева // 87-я Всерос. Науч.-прак. конф. студентов и молодых ученых, посвященная 155-летию со дня рождения Л. О. Даркшевича. – Казань, 2013. – С. 112-113.

192. Щербакова Ю. В. Инфекции, передающиеся половым путем, и ВИЧ : проблема взаимовлияния / Ю. В. Щербакова // Дерматологія та венерологія. — 2011. - № 4. - С. 5-11.

193. Шумейко О.В. Роль социальных медиа и новых форматов индивидуальных коммуникаций в пропаганде здорового образа жизни / О.В. Шумейко, С.Н. Черкасов, Г.Ю. Григорьев // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – с. 153-163 \_ (20)

194. Щепин О.П. Диспансеризация населения: современный аспект / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2013. – с. 13-15 \_ (4)

195. Щепин О.П. Здоровоохранение как социально-экономическая система / О.П. Щепин, В.Ю. Дятлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2012. – 3-5 с. \_ (7)

196. Щепин О.П. О развитии здравоохранения Российской Федерации // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – 3-7 с. \_ (2)

197. Щепин О.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник для системы послевузовского профессионального образования врачей по специальности "Общественное здоровье и здравоохранение" / О. П. Щепин, В. А. Медик. // ГЭОТАР-Медиа. – Москва. – 2011. – С.591 \_ (1)

198. Щепин О.П. Применение стратегического управления системой профилактики социально опасных заболеваний в московской области / Щепин О.П., Гуров А.Н., Смбатян С.М. // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2012. – с. 2 \_ (6)

199. Щепин О.П. Развитие диспансеризации населения в современных условиях / О.П. Щепин, Р.В. Коротких // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – 3-5 с. \_ (3)

200. Эконометрика : учебник / под ред. И. И. Елисеевой. – Москва : Финансы и статистика, 2002. - 344 с.

201. Электронный справочник МКБ-10. 1990-2017. – [Электронный ресурс]. –Режим доступа: <http://mkb10.su/>

202. Эпидемиологические аспекты заболеваемости гонококковой инфекцией в Архангельской области / К. В. Барышков [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. – 2013. - № 3. – С. 5-16.

203. Эпидемиология хронического простатита в Республике Татарстан, ассоциированного с инфекциями, передаваемыми половым путем. Современное состояние проблемы / С. А. Залялеева [и др.] // Медицинский вестник Башкортостана. – 2009. – Т. 4, № 1. – С. 47-50.

204. A rapid assessment of community-wide HIV/STI intervention in China / D B Wang, X J Zhang, H B Zhang [et al.] // Sex Transm Infect. – 2005. - № 81. – P. 47–52.

205. Abstinence-Only and Comprehensive Sex Education and the Initiation of Sexual Activity and Teen Pregnancy / Pamela K. Kohler [et al.] // Journal of Adolescent Health. – 2008. - № 42. – P. 344–351.

206. Bretelle Florence. Medical students as sexual health peer educators: who benefits more? [Электронный ресурс] / Florence Bretelle, Raha Shojai, Julie Brunet [et al.] // BMC Medical Educationю – 2014. – Режим доступа: <http://bmcmededuc.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6920-14-162>Carey



Alison. Chlamydia trachomatis, a hidden epidemic : Effects on female reproduction and options for treatment [Электронный ресурс] / Alison Carey, Kenneth Beagley. – Chichester : Wiley-Blackwell Publishing, 2010. – Режим доступа: <https://www.mysciencework.com/publication/show/0a41d0b8559eb190da2497b05585ce08>

207. Comparative Geographic Concentrations of 4 Sexually Transmitted Infections [Электронный ресурс] / Roxanne P. Kerani, Mark S. Handcock, Н. Hunter Handsfield [et al.] // American Journal of Public Health. – 2005. – Vol. 95, № 2. – P. 324-330. – Режим доступа: <http://ajph.aphapublications.org/doi/pdf/10.2105/AJPH.2003.029413>

208. Early initiation of sexual activity: a risk factor for sexually transmitted diseases, HIV infection, and unwanted pregnancy among university students in China [Электронный ресурс] / Ma Qiaoqin, Ono-Kihara Masako, Cong Liming [et al.] // BMC Public Health – 2009. – Режим доступа: <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-9-111>

209. European surveillance of antimicrobial resistance in *Neisseria gonorrhoeae* / Michelle J Cole, A. Stephanie Chisholm, Steen Hoffmann [et. al.] // BMJ journal. – Vol. 86, Iss. 6. – Режим доступа: <http://sti.bmj.com/content/86/6/427.short>

210. Evaluation of a theoretically based AIDS/STD peer education program on postponing sexual intercourse and on condom use among adolescents attending high school1 / F. Caron, G. Godin, J. Otis and L. D. Lambert // Health education research. – 2004. - Vol. 19, № 2. – P. 185-197.

211. Factors associated with the content of sex education in US public secondary schools / DL Landry [et al.] // Perspect Sex Reprod Health. – 2003. - № 35. – P. 261–269.

212. Global strategy for the prevention and control of sexually transmitted infections : 2006 – 2015 : breaking the chain of transmission // World Health Organization [Электронный ресурс]. – Geneva, 2007. – 61 с. - Режим

доступа:

[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43853/1/9789241563475\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43853/1/9789241563475_eng.pdf)

213. Holmes KK. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. / KK Holmes, R. Levine, M. Weaver // *Bulletin of the World Health Organization*. – 2004. – Vol. 82(6). – P. 454-461.

214. Hughes Gwenda. The epidemiology of sexually transmitted infections in the UK : impact of behavior, services and intervention / Gwenda Hughes, Nigel Field // *Future Microbiology*. – 2015. - Vol. 1.

215. Jaworski B. C. Development and Psychometric Evaluation of a Self-administered Questionnaire to Measure Knowledge of Sexually Transmitted Diseases / B. C. Jaworski, M. P. Carey // *AIDS and Behavior*. – 2007. - № 11. – P. 557-574.

216. Kim Caron R. Recent Evaluations of the Peer-Led Approach In Adolescent Sexual Health Education : A Systematic Review [Электронный ресурс] / Caron R. Kim and Caroline Free // *International Family Planning Perspectives*. – 2008. – Vol. 34, № 2. – Режим доступа: [https://editor.guttmacher.org/sites/default/files/article\\_files/3408908.pdf](https://editor.guttmacher.org/sites/default/files/article_files/3408908.pdf)

217. Learning to live together. What do we mean by “youth”? [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.unesco.org/new/en/social-and-human-sciences/themes/youth/youth-definition/>

218. O'Hare T. Substance abuse and risky sex in young people: the development and validation of the risky sex scale / T. O'Hare // *Journal of Primary Prevention*. – 2001. - № 22. – P. 89-101.

219. Peer sexual health education : Interventions for effective programme evaluation / Gobika Sriranganathana [et al.] // *Health Education Journal*. – 2010. – Vol. 20, № 10. – P. 1–10.

220. Prevalence and incidence of selected sexually transmitted infections – 2008 [Электронный ресурс] // *World Health Organization*. – Geneva, 2012. – 20

р. — Режим доступа:  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf)

221. Primary and Secondary Syphilis — United States, 2005–2013 / E. Monica [et al.] // *Weekly*. – 2014. – Vol. 63(18). - P. 402-406.

222. Senn Theresa E. The Intersection of Violence, Substance Use, Depression, and STDs: Testing of a Syndemic Pattern Among Patients Attending an Urban STD Clinic / Theresa E. Senn, Michael P. Carey, Peter A. Vanable // *Journal of the national medical association*. – 2010. - Vol. 102, № 7. - P. 614-620. Recommendations for the Laboratory-Based Detection of Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae [Электронный ресурс] / R. John Papp, Julius Schachter, A. [et al.] // *MMWR Recomm Rep*. – 2014. - Vol. 63. – P. 1-19. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4047970/>

223. Sabina J. Does sex education affect adolescent sexual behaviors and health? / J. Sabina // *J Policy Anal Manag*. – 2006. - № 25. – P. 783–802.

224. Sexual risk reduction interventions do not inadvertently increase the overall frequency of sexual behavior : A meta-analysis of 174 studies with 116,735 participants / ND Smoak [et al.] // *J Acquir Immune Defic Syndr*. – 2006. - № 41. – P. 374–84.

225. Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012 Division of STD Prevention January 2014 U.S. / Jim Braxton, Delicia Carey, Darlene Davis [et al.] ; Department of health and human services ; Centers for Disease Control and Prevention National Center for HIV/AIDS, Viral Hepatitis, STD, and TB Prevention Division of STD Prevention. - Atlanta, Georgia, 2014.

226. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men: Prevalence and Incidence Estimates, 2008 / Catherine Lindsey Satterwhite [et al.] // *Sex Transm Dis*. – 2013. – Vol. 40, № 3. – P. 187-193. – Режим доступа: [https://www.researchgate.net/profile/Catherine\\_Satterwhite/publication/235603862\\_Sexually\\_Transmitted\\_Infections\\_Among\\_US\\_Women\\_and\\_Men/links/56cb5b6808ae5488f0daf5f8.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Catherine_Satterwhite/publication/235603862_Sexually_Transmitted_Infections_Among_US_Women_and_Men/links/56cb5b6808ae5488f0daf5f8.pdf)

227. Stanger-Hall F. Kathrin. Abstinence-Only Education and Teen Pregnancy Rates : Why We Need Comprehensive Sex Education in the U.S [Электронный ресурс] / Kathrin F. Stanger-Hall, David W. Hall // Plos. – 2011. - October 14. – Режим доступа: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0024658>

228. The Incidence and Correlates of Symptomatic and Asymptomatic Chlamydia trachomatis and Neisseria gonorrhoeae Infections in Selected Populations in Five Countries [Электронный ресурс] / Roger Detels, Annette M. Green, Jeffrey D. Klausner [et al.] // Sex Transm Dis. – 2011. – Vol. 38, № 6. – P. 503–509. – Режим доступа: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3408314/>

229. The National Institute of Mental Health (NIMH) Collaborative HIV Prevention Trial Group. Sexually transmitted disease prevalence and characteristics of market vendors in Eastern China / R. Detels, Z. Wu, MJ Rotheram [et al.] // Sex Transm Dis. - 2003. – Vol. 30. – P. 803–808.

230. Tolli M. V. Effectiveness of peer education interventions for HIV prevention, adolescent pregnancy prevention and sexual health promotion for young people : a systematic review of European studies [Электронный ресурс] / M. V. Tolli. – Oxford : Oxford University Press, 2012. - Vol. 27, № 5. – P. 904-913. – Режим доступа: <http://cat.inist.fr/?aModele=afficheN&cpsidt=26276969>

231. Turchik Jessica A. Identification of sexual risk behaviors among college students : a new measure of sexual risk : A thesis presented to the faculty of the College of Arts and Sciences of Ohio University / Jessica A. Turchik. – Ohio, 2007. – 223 p. – Режим доступа: [https://etd.ohiolink.edu/rws\\_etd/document/get/ohiou1169848207/inline](https://etd.ohiolink.edu/rws_etd/document/get/ohiou1169848207/inline)

232. Vining Jr D. R. Autocorrelated growth rates and the Pareto law : a further analysis / Jr D. R. Vining // Journal of Political Economy. – 1976. – Т. 84, №. 2. – С. 369-380.

## Приложение 1

**Таблица 1 – Достоверность различия для категориальных переменных среди двух групп респондентов (Chi<sup>2</sup> Пирсона)**

1. Занятость.		Занятость					Итого	
		не учусь и не работаю	обучение в школе	обучение в специальном учебном заведении (колледж, техникум и т.д.)	очное обучение в высшем учебном заведении (институт, университет, академия и т.д.)	работаю		
№		1	2	3	4	5		
Две группы	Здоровые	Количество	129	37	212	273	422	1073
		%	12,0%	3,4%	19,8%	25,4%	39,3%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	345	30	117	105	475	1072
		%	32,2%	2,8%	10,9%	9,8%	44,3%	100,0%
Итого		Количество	474	67	329	378	897	2145
		%	22,1%	3,1%	15,3%	17,6%	41,8%	100,0%
Chi-квадрат Пирсона = 204,391 <sup>a</sup>					p < 0.001			

## Продолжение таблицы 1

2. Образование.			Образование				Итого
			образовани е 9 классов	среднее общее (только школа)	среднее профессиональное (получил специальность в колледже, техникуме и т.д.)	высшее профессиональное (закончил институт. академию, университет и т.д.)	
Две группы	Здоровые	Количество	131	386	246	310	1073
		%	12,2%	36,0%	22,9%	28,9%	100,0%
	Перенесш ие ИППП	Количество	360	455	193	64	1072
		%	33,6%	42,4%	18,0%	6,0%	100,0%
Итого		Количество	491	841	439	374	2145
		%	22,9%	39,2%	20,5%	17,4%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 280,671 <sup>a</sup>					p < 0.001		

## Продолжение таблицы 1

3. Жилищные условия.			ЖУ					Итого
			общежити е	снимаю комнату	снимаю квартиру	собственная квартира	собственный дом	
Две группы	здоровые	Количество	32	47	242	517	235	1073
		%	3,0%	4,4%	22,6%	48,2%	21,9%	100,0%
	Перенесши е ИППП	Количество	213	99	312	352	96	1072
		%	19,9%	9,2%	29,1%	32,8%	9,0%	100,0%
Итого		Количество	245	146	554	869	331	2145
		%	11,4%	6,8%	25,8%	40,5%	15,4%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 250,784 <sup>a</sup>					p < 0.001			
4. Семейное положение.			СемП				Итого	
			холост	состою в браке	разведен/разведена	вдовец/вдова		
Две группы	здоровые	Количество	653	395	25	0	1073	
		%	60,9%	36,8%	2,3%	0,0%	100,0%	
	Перенесши е ИППП	Количество	688	197	171	16	1072	
		%	64,2%	18,4%	16,0%	1,5%	100,0%	
Итого		Количество	1341	592	196	16	2145	
		%	62,5%	27,6%	9,1%	0,7%	100,0%	
Хи-квадрат Пирсона = 191,891 <sup>a</sup>					p < 0.001			

## Продолжение таблицы 1

5. Совместное проживание.			СПрож				Итого
			с родителями	с детьми	с родителями и с детьми	отдельно	
Две группы	здоровые	Количество	304	199	24	546	1073
		%	28,3%	18,5%	2,2%	50,9%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	229	137	120	586	1072
		%	21,4%	12,8%	11,2%	54,7%	100,0%
Итого		Количество	533	336	144	1132	2145
		%	24,8%	15,7%	6,7%	52,8%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 87,407 <sup>a</sup>					p < 0.001		
6. Микроклимат в семье.			Микроклимат		Итого		
			благополучный	неблагополучный			
Две группы	Здоровые	Количество	1023	50	1073		
		%	95,3%	4,7%	100,0%		
	Перенесшие ИППП	Количество	501	571	1072		
		%	46,7%	53,3%	100,0%		
Итого		Количество	1524	621	2145		
		%	71,0%	29,0%	100,0%		
Хи-квадрат Пирсона = 615,898 <sup>a</sup>					p < 0.001		



## Продолжение таблицы 1

7. Религия.			Религия					Итого
			Истинно верующий	Верю в бога, стараюсь соблюдать религиозные обряды	Верю в бога, но не соблюдаю религиозные обряды	Затрудняюсь ответить	Не верю в бога	
Две группы	здоровые	Количество	274	315	278	96	110	1073
		%	25,5%	29,4%	25,9%	8,9%	10,3%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	8	85	200	355	424	1072
		%	0,7%	7,9%	18,7%	33,1%	39,6%	100,0%
Итого		Количество	282	400	478	451	534	2145
		%	13,1%	18,6%	22,3%	21,0%	24,9%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 729,261 <sup>a</sup>					p < 0.001			

## Продолжение таблицы 1

8. Воспитание.			Воспитание			Итого
			В полной семье (оба родителя)	В неполной семье (один родитель)	В специальном учреждении (детский дом и др.)	
Две группы	здоровые	Количество	909	143	21	1073
		%	84,7%	13,3%	2,0%	100,0%
	ИППП	Количество	397	625	50	1072
		%	37,0%	58,3%	4,7%	100,0%
Итого		Количество	1306	768	71	2145
		%	60,9%	35,8%	3,3%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 515,073 <sup>a</sup>				p < 0.001		
9. Наркотики.			НаркДаНет		Итого	
			нет	да		
Две группы	здоровые	Количество	996	77	1073	
		%	92,8%	7,2%	100,0%	
	Перенесшие ИППП	Количество	643	414	1057	
		%	60,8%	39,2%	100,0%	
Итого		Количество	1639	491	2130	
		%	76,9%	23,1%	100,0%	
Хи-квадрат Пирсона = 307,226 <sup>a</sup>				p < 0.001		

## Продолжение таблицы 1

10. Организация отдыха.			Отдых				Итого
			Активно культурная (путешествия, музеи, выставки, семинары, тренинги)	Активно развлекательная (кино, ночные клубы, игровые зоны, бары и т.д.)	Активно спортивная (сплав, горнолыжные базы, фитнес, футбол, танцы и т.д.)	Пассивная (дом, дача, сон, телевизор, книга, интернет)	
Две группы	здоровые	Количество	183	287	275	328	1073
		%	17,1%	26,7%	25,6%	30,6%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	151	296	234	391	1072
		%	14,1%	27,6%	21,8%	36,5%	100,0%
Итого		Количество	334	583	509	719	2145
		%	15,6%	27,2%	23,7%	33,5%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 12,027 <sup>a</sup>				p < 0.001			
11. Слышали ли про ИППП?					да	Итого	
Две группы	здоровые	Количество			1073	1073	
		%			100,0%	100,0%	
	Перенесшие ИППП	Количество			1072	1072	
		%			100,0%	100,0%	
Итого		Количество			2145	2145	
		%			100,0%	100,0%	
Все опрошенные респонденты слышали об инфекциях, передаваемых половым путем, и имеют какое-то представление о них, в связи с этим не обнаружено отличия в сравниваемых совокупностях по данному признаку.							

## Продолжение таблицы 1

12. Откуда получена информация о ИППП.			ОткудаИнф							Итого
			Родители, родственники	Сверстники / старшие товарищи	Педагоги	СМИ	Интернет	Спец. лит-ра	Мед. работники	
Две группы	Здоровые	Количество	91	62	234	71	148	58	387	1051
		%	8,7%	5,9%	22,3%	6,8%	14,1%	5,5%	36,8%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	101	347	131	112	125	105	149	1070
		%	9,4%	32,4%	12,2%	10,5%	11,7%	9,8%	13,9%	100,0%
Итого		Количество	192	409	365	183	273	163	536	2121
		%	9,1%	19,3%	17,2%	8,6%	12,9%	7,7%	25,3%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 358,394 <sup>a</sup>							p < 0.001			

## Продолжение таблицы 1

13. Секс.			Секс		Итого		
			нет	да			
Две группы	Здоровые	Количество	233	840	1073		
		%	21,7%	78,3%	100,0%		
	Перенесшие ИППП	Количество	0	1072	1072		
		%	0,0%	100,0%	100,0%		
Итого		Количество	233	1912	2145		
		%	10,9%	89,1%	100,0%		
Хи-квадрат Пирсона = 261,150 <sup>a</sup>					p < 0.001		
14. Сексуальные факторы. Первый сексуальный опыт.			СексФактор				Итого
			Взаимное согласие	Насилие	Алкогольное опьянение	Наркотическая эйфория	
Две группы	Здоровые	Количество	789	9	38	4	840
		%	93,9%	1,1%	4,5%	0,5%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	538	74	267	193	1072
		%	50,2%	6,9%	24,9%	18,0%	100,0%
Итого		Количество	1327	83	305	197	1912
		%	69,4%	4,3%	16,0%	10,3%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 429,820 <sup>a</sup>					p < 0.001		

## Продолжение таблицы 1

15. Секс с двумя половыми партнерами.		Секс2П				Итого	
		нет	Да, однажды	Да, однажды, находясь при этом в состоянии алкогольного опьянения или наркотической эйфории	Бывает периодически		
Две группы	Здоровые	Количество	669	116	13	42	840
		%	79,6%	13,8%	1,5%	5,0%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	162	255	164	491	1072
		%	15,1%	23,8%	15,3%	45,8%	100,0%
Итого		Количество	831	371	177	533	1912
		%	43,5%	19,4%	9,3%	27,9%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 852,867 <sup>a</sup>					p < 0.001		

## Продолжение таблицы 1

16. Секс в первые часы знакомства.		Секс1Ч				Итого	
		нет	Да, однажды	Да, однажды, находясь при этом в состоянии алкогольного опьянения или наркотической эйфории	Бывает периодически		
Две группы	Здоровые	Количество	720	37	54	29	840
		%	85,7%	4,4%	6,4%	3,5%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	269	358	254	191	1072
		%	25,1%	33,4%	23,7%	17,8%	100,0%
Итого		Количество	989	395	308	220	1912
		%	51,7%	20,7%	16,1%	11,5%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 701,459 <sup>a</sup>					p < 0.001		

## Продолжение таблицы 1

17. Практика коммерческих сексуальных отношений.		СексПлатно				Итого	
		нет	Да, однажды	Да, однажды, находясь при этом в состоянии алкогольного опьянения или наркотической эйфории	Бывает периодически		
Две группы	Здоровые	Количество	790	15	9	26	840
		%	94,0%	1,8%	1,1%	3,1%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	705	66	44	257	1072
		%	65,8%	6,2%	4,1%	24,0%	100,0%
Итого		Количество	1495	81	53	283	1912
		%	78,2%	4,2%	2,8%	14,8%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 223,756 <sup>a</sup>					p < 0.001		



## Продолжение таблицы 1

18. Покупка презерватива.			ПрезПокупка		Итого
			да	нет	
Две группы	Здоровые	Количество	587	253	840
		%	69,9%	30,1%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	724	348	1072
		%	67,5%	32,5%	100,0%
Итого		Количество	1311	601	1912
		%	68,6%	31,4%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 1,200 <sup>a</sup>			p = 0,273		
19. Проверка на ИППП.			ИППППроверка		Итого
			да	нет	
Две группы	Здоровые	Количество	431	408	839
		%	51,4%	48,6%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	1072	0	1072
		%	100,0%	0,0%	100,0%
Итого		Количество	1503	408	1911
		%	78,6%	21,4%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 662,819 <sup>a</sup>			p < 0.001		

## Продолжение таблицы 1

20. Куда впервые обратились за помощью.			ИППППомощь								Итого
			Кожно-венерологический диспансер	Сверстники/старшие товарищи	Родители / родственники	Аптека за советом	Интернет для самолечения	Частная медицинская организация, часто практикующий врач (ИП)	Никуда	Медицинский пункт при учреждении	
Две группы	Здоровые	Количество	122	0	0	0	0	264	0	10	396
		%	30,8%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	66,7%	0,0%	2,5%	100,0%
	Перенесшие ИППП	Количество	173	73	58	57	59	535	36	81	1072
		%	16,1%	6,8%	5,4%	5,3%	5,5%	49,9%	3,4%	7,6%	100,0%
Итого		Количество	295	73	58	57	59	799	36	91	1468
		%	20,1%	5,0%	4,0%	3,9%	4,0%	54,4%	2,5%	6,2%	100,0%
Хи-квадрат Пирсона = 162,240 <sup>a</sup>								p < 0.001			

## Приложение 2

### Карта опроса по изучению социально-гигиенического статуса респондента по вопросам ИППП.

Карта опроса состоит из двух частей: первая направлена на изучение социально-гигиенического статуса респондента, вторая – на изучение мнения респондента по вопросам ИППП. Всего в данной анкете 75 вопросов, из них 24 направлены на изучение уровня информированности. Всего в первую часть карты опроса включено 68 вопросов, направленных на изучение 47 факторов, оказывающих влияние на возникновение и развитие ИППП.

#### Группа вопросов 1 (Социальная характеристика респондента):

1. Укажите Ваш возраст:  15-17 лет;  18-19 лет;  
 20-24 лет;  25-29 лет.
2. Укажите Ваш пол:  Мужской;  Женский.
3. Укажите род своей деятельности (то чем Вы заняты большую часть времени):  
 Учусь в школе;  
 Учусь в ССУЗе (колледж, техникум и т.д.);  
 Учусь в ВУЗе (институт, академия, университет и т.д.);  
 Работаю;  
 Не учусь и не работаю.
4. Укажите уровень Вашего образования:  
 Среднее (только школа);  
 Среднее специальное (получил специальность в ССУЗе);  
 Высшее.
5. Укажите условия Вашего проживания:  
 Отдельная квартира;  Собственный дом;

- Снимаю комнату;                      Общежитие;
- Снимаю квартиру.

6. Укажите Ваше семейное положение:

- Холост;                                      Состою в браке;
- Разведен / разведена;                Вдовец / вдова.

7. Отметьте соответствующий Вам вариант совместного проживания:

- С родителями;                      С детьми;                      Проживаю отдельно.

8. Оцените микроклимат в Вашей семье на данный момент:

- Благополучный;                      Неблагополучный.

9. Оцените материальное состояние Вашей семьи:

- Мы всем обеспечены, считаем, что живем очень хорошо;
- Живем хорошо, без особо материальных проблем;
- Живем средне;
- Материально живем трудно, приходится на всем экономить;
- Живем очень бедно, еле сводим концы с концами.

10. Укажите Ваше отношение к религии:

- Не верю в бога;
- Верю в бога, но не соблюдаю религиозные обряды;
- Верю в бога, стараюсь соблюдать религиозные обряды;
- Истинно верующий;                      Затрудняюсь ответить.

11. Оцените ваше психологическое состояние в семье на данный момент:

- Комфортное;    Нейтральное;    Напряженное.

12. Оцените ваше психологическое состояние с друзьями на данный момент: Комфортное;    Нейтральное;    Напряженное.

13. Оцените ваше психологическое состояние на работе на данный момент: Комфортное;    Нейтральное;    Напряженное.

14. Укажите подходящий вариант Вашего воспитания:

- Воспитан в полной семье (оба родителя);
- Воспитан в неполной семье (один родитель);

Воспитан в специальном учреждении (детский дом и др.).

**Группа вопросов 2 (Рисковое поведение респондента):**

15. Укажите как часто Вы курите:

- НЕ КУРЮ;  До 10 сигарет в день;  
 10-20 сигарет в день;  Более пачки в день.

16. Укажите как часто Вы занимаетесь спортом:

- Не занимаюсь спортом;  Время от времени;  
 Регулярно (зарядка / фитнес / бег);  Профессионально.

17. Укажите как часто Вы употребляете алкоголь:

- Не употребляю;  Несколько раз в год;  
 Несколько раз в месяц;  Несколько раз в неделю;  
 Ежедневно или почти каждый день.

18. Укажите имеете ли Вы опыт употребления наркотических веществ:

- Да (впишите возраст, в котором впервые попробовали наркотическое вещество: \_\_\_\_\_);  Нет (переходите к вопросу №20).

19. Укажите как часто Вы употребляете наркотические вещества:

- Не употребляю;  Несколько раз в год;  
 Несколько раз в месяц;  Несколько раз в неделю;  
 Ежедневно или почти каждый день.

20. Отметьте какой вариант организации отдыха Вы предпочитаете в выходные дни или во время отпуска:

- Активно культурная (путешествия, музеи, выставки, семинары);  
 Активно развлекательная (кино, клубы, игровые зоны, т.д.);  
 Активно спортивная (сплав, горные лыжи, спорт и т.д.);  
 Пассивная (дом, дача, сон, телевизор, книга, интернет).

21. Отметьте, как часто при Вашем образе жизни, происходят знакомства с противоположным полом при указанном обстоятельстве:

- Я не знакожусь, в основном знакожются со мной:

Часто;     Периодически;     Редко.

22. Отметьте, как часто при Вашем образе жизни, происходят знакомства с противоположным полом при указанном обстоятельстве:

- Знакомжусь свободно на улице, в торговом комплексе, театре, клубе, любой новой обстановке:

Часто;     Периодически;     Редко.

23. Отметьте, как часто при Вашем образе жизни, происходят знакомства с противоположным полом при указанном обстоятельстве:

- Знакомжусь через друзей или приятелей:

Часто;     Периодически;     Редко.

24. Отметьте, как часто при Вашем образе жизни, происходят знакомства с противоположным полом при указанном обстоятельстве:

- Знакомжусь в сети интернет (социальные сети, специальные ресурсы / приложения):

Часто;     Периодически;     Редко.

25. Отметьте, как часто при Вашем образе жизни, происходят знакомства с противоположным полом при указанном обстоятельстве:

- Знакомжусь в ночных клубах или на вечеринках в состоянии алкогольного опьянения или после глотка горячительного для храбрости:

Часто;     Периодически;     Редко.

26. Укажите насколько для Вас важна внешность при выборе противоположного пола с целью создания личных взаимоотношений:

Очень важна;     Обращаю внимание;     Не имеет значения.

27. Укажите насколько для Вас важен социальный статус при выборе противоположного пола с целью создания личных взаимоотношений:

Очень важен;     Обращаю внимание;     Не имеет значения.

28. Укажите насколько для Вас важна материальная обеспеченность при выборе противоположного пола с целью создания личных взаимоотношений:

Очень важна;  Обращаю внимание;  Не имеет значения.

29. Укажите насколько для Вас важно общение при выборе противоположного пола с целью создания личных взаимоотношений:

Очень важно;  Обращаю внимание;  Не имеет значения.

30. Укажите насколько для Вас важна репутация при выборе противоположного пола с целью создания личных взаимоотношений:

Очень важна;  Обращаю внимание;  Не имеет значения.

### **Группа вопросов 3 (Информированность по вопросам ИППП):**

Вопросы с 33 по 56 входят в состав одного фактора – уровень информированности по вопросам ИППП. Общий бал правильных ответов на эту группу вопросов равен 100.

31. Укажите слышали ли Вы когда-нибудь об инфекциях, передаваемых половым путем:

Да;  Нет (переходите к вопросу №57).

32. Отметьте не более двух вариантов, которые наиболее точно описывают Ваш источник информации об инфекциях, передаваемых половым путем:  Родители / родственники;

Сверстники / старшие товарищи (друзья, знакомы и т.д.);

Учителя / педагоги (школа, ВУЗ, СУЗ и т.д.);

Сеть интернет;

Специальная литература (справочники, буклеты, брошюры, учебники и т.д.);

Медицинские работники;

Другой (впишите, что стало Вашим источником информации об ИППП: \_\_\_\_\_).

33. Напишите пять известных Вам инфекций, передаваемых половым путем (точность названия и грамотность написания не имеют значения):

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_.

34. Укажите, куда, по Вашему мнению, необходимо обратиться за помощью в случае подозрения на заражение инфекциями, передаваемыми половым путем (отметьте три наиболее подходящих варианта):

- Кожно-венерологический диспансер;
- Сверстники / старшие товарищи;
- Родители / родственники;
- Медицинская организация / пункт при учреждении (при школе, СУЗе, ВУЗе, заводе и т.д.);
- Сеть интернет для самостоятельного поиска методов диагностики и лечения;
- Медицинская организация частной формы собственности;
- Никуда, пройдет само собой;
- Другое, впишите свой вариант \_\_\_\_\_.

Укажите верный вариант ответа на вопрос: Возможно ли заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, от больного человека при условиях, описанных в следующих девяти пунктах (35-43)?

35. Через соприкосновение с потом?

- Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.



36. При использовании общего туалета?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

37. Во время рукопожатия?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

38. При использовании одной иглы для инъекций?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

39. При употреблении пищи из одной посуды?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

40. Во время поцелуя (обмен слюной)?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

41. От того, что этот человек кашляет рядом?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

42. Во время полового акта без презерватива?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

43. Во время полового акта с презервативом?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

44. Отметьте верный вариант ответа на вопрос: принесет ли самостоятельное лечение от инфекций, передаваемых половым путем, необходимый результат?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

45. Отметьте верный вариант ответа на вопрос: может ли презерватив защитить Вас от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

46. Отметьте верный вариант ответа на вопрос: возможно ли защититься от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, во время секса с больным человеком без презерватива?

Да;  Нет;  Затрудняюсь ответить.

47. Представьте следующую ситуацию: в частной медицинской организации Вас под неким предлогом уговорили сдать анализы на выявление инфекций, передаваемых половым путем, когда результаты оказались у Вас на руках, Вы обнаружили, что на несколько инфекций анализ оказался положительным, кому следует сообщить об этом? (отметьте столько вариантов, сколько считаете необходимым):

Тому человеку, который, по Вашим предположениям, мог Вас заразить, но не является Вашим постоянным половым партнером;       Своему постоянному половому партнеру;       Никому, это мое личное дело;

Медицинскому работнику – лечащему врачу.

Укажите верный вариант ответа на вопрос: способны ли инфекции, передаваемые половым путем, привести к последствиям, описанным ниже? (последствия описаны в следующих 9 пунктах (16-24))

48. Бесплодие у мужчин:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

49. Бесплодие у женщин:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

50. Хронические тазовые боли у женщин:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

51. Нарушение эрекции, снижение либидо у мужчин:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

52. Развитие рака простаты:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

53. Развитие рака шейки матки:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

54. Недоношенная беременность:

Да;             Нет;             Затрудняюсь ответить.

55. Уродства и нарушение развития новорожденных:

Да;             Нет;             Затрудняюсь ответить.

56. Мертворождение:

Да;             Нет;             Затрудняюсь ответить.

57. Оцените свои собственные знания на данный момент по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, по 100 бальной шкале, где 100 значит, что Вы на сто процентов знаете обсуждаемый предмет, а нуль говорит о том, что совсем не ориентируетесь в вопросах ИППП: \_\_\_\_\_.

#### **Группа вопросов 4 (сексуальное поведение респондента):**

Отметьте верные варианты ответа на следующие вопросы:

58. Вы вступали когда-либо в сексуальные контакты (у Вас был секс)?

Да. Впишите, в каком возрасте это было впервые: \_\_\_\_\_;

Нет. Переходите к вопросу № \_\_\_\_.

59. Укажите какие из ниже перечисленных факторов имели место при первом сексуальном контакте:

Взаимное согласие;             Насилие;

Алкогольное опьянение;     Наркотическая эйфория;

Другое, впишите: \_\_\_\_\_.

60. Укажите какое количество сексуальных партнеров у Вас было всего:

1;             2-5;             5-10;             10 и более.

61. Был ли у Вас опыт половой жизни сразу несколькими партнёрами параллельно (в том числе измены), отметьте соответствующий вариант:  Нет;             Да, однажды;

Да, однажды, находясь в состоянии алкогольного опьянения

или наркотической эйфории;

Бывает периодически.

62. Был ли у вас секс с незнакомым ранее человеком в первые часы общения (например: знакомство в клубе в эту же ночь закончилось сексом, случайный секс в командировке и т.д., все подобные ситуации, кроме платных услуг)? Отметьте соответствующий вариант:

Нет;       Да, однажды;

Да, однажды, находясь в состоянии алкильного опьянения или наркотической эйфории;

Бывает периодически.

63. Был ли у Вас опыт использования платных сексуальных услуг?

Отметьте соответствующий вариант:  Нет;       Да, однажды;

Да, однажды, находясь в состоянии алкильного опьянения или наркотической эйфории;

Бывает периодически.

64. Вы имеете опыт приобретения презерватива?

Да;       Нет. Переходите к вопросу № \_\_\_\_.

65. Как часто Вы используете презерватив при первом сексуальном контакте с новым половым партнером? Укажите частоту в процентах от 0 до 100: \_\_\_\_\_ %.

66. Вы проверялись на наличие у Вас ИППП?

Да;       Нет. Переходите к вопросу № \_\_\_\_.

67. Вы болели / ете ИППП?

Да, укажите сколько раз всего: \_\_\_\_\_;

Нет. Переходите к вопросу № \_\_\_\_.

68. Куда Вы обратились за помощью по поводу ИППП впервые?

Кожно-венерологический диспансер (государственная медицинская организация);

Сверстники / старшие товарищи;

- Родители / родственники;
- Аптека за советом;
- Интернет (с целью самостоятельного лечения);
- Частная медицинская организация (независимо от формы собственности), врач, ведущий частную практику;
- Никуда (само пройдет);
- Медицинский пункт при учреждении.

### **Определение ИППП:**

Инфекции, передаваемые половым путем (ИППП), - под этим термином понимают инфекционные заболевания, наиболее частым путем заражения которых является половой контакт (секс).

### **Определение первичной профилактики ИППП:**

Первичная профилактика инфекций, передаваемых половым путем – комплекс мероприятий, направленный на предупреждение возникновения и воздействия факторов риска заражения ИППП путем повышения уровня информированности целевой аудитории о всех аспектах данной проблематики.

69. Выразите личное мнение по вопросу: в достаточной ли мере проводится первичная профилактика ИППП сегодня?  Да;  
 Нет.

70. Укажите, в каком возрасте необходимо начинать проводить первичную профилактику ИППП, по Вашему мнению: \_\_\_\_\_ (количество лет).

71. Укажите наиболее подходящий, по Вашему мнению, вариант ответа на вопрос: где необходимо проводить первичную профилактику ИППП? (места проведения указаны в следующих 5 пунктах (47-51))

Дом:

- Не имеет смысла;       Необязательно;       Имеет смысл;
- Важно;       Наиболее важно и необходимо.

СМИ (телевиденье, радио, газеты, журналы):

- Не имеет смысла;       Необязательно;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

Школа:

- Не имеет смысла;       Необязательно;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

СУЗ:

- Не имеет смысла;       Необязательно;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

ВУЗ:

- Не имеет смысла;       Необязательно;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

72. Укажите наиболее подходящий, по Вашему мнению, вариант ответа на вопрос: кто должен проводить первичную профилактику ИППП? (варианты указаны в следующих 5 пунктах (52-56))

Родители / родственники:

- Никогда;       В редких случаях;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

СМИ (ведущие мероприятий, артисты, известные исполнители, кумиры молодежи и т.д.):

- Никогда;       В редких случаях;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

Сверстники / старшие товарищи:

- Никогда;       В редких случаях;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

Педагоги в ВУЗах, учителя в школах:

- Никогда;       В редких случаях;       Имеет смысл;  
 Важно;       Наиболее важно и необходимо.

Медицинские работники (психологи, врачи):

- Никогда;                       В редких случаях;                       Имеет смысл;  
 Важно;                       Наиболее важно и необходимо.

73. Укажите наиболее подходящий, по Вашему мнению, вариант ответа на вопрос: чьему опытному мнению Вы доверяете более всего по вопросам ИППП? (варианты указаны в следующих 5 пунктах (57-61))

Родители / родственники:

- Не доверяю вовсе;  
 Сомневаюсь в правдивости их слов;  
 Доверяю, но при удобном случае спрошу у специалиста;  
 Доверяю;  
 Истина в последней инстанции.

СМИ (ведущие мероприятий, артисты, известные исполнители, кумиры молодежи и т.д.):

- Не доверяю вовсе;  
 Сомневаюсь в правдивости их слов;  
 Доверяю, но при удобном случае спрошу у специалиста;  
 Доверяю;  
 Истина в последней инстанции.

Сверстники / старшие товарищи:

- Не доверяю вовсе;  
 Сомневаюсь в правдивости их слов;  
 Доверяю, но при удобном случае спрошу у специалиста;  
 Доверяю;  
 Истина в последней инстанции.

Педагоги в ВУЗах, учителя в школах:

- Не доверяю вовсе;  
 Сомневаюсь в правдивости их слов;  
 Доверяю, но при удобном случае спрошу у специалиста;

- Доверяю;
- Истина в последней инстанции.

Медицинские работники (психологи, врачи):

- Не доверяю вовсе;
- Сомневаюсь в правдивости их слов;
- Доверяю, но при удобном случае спрошу у специалиста;
- Доверяю;
- Истина в последней инстанции.

74. Укажите наиболее подходящий, по Вашему мнению, вариант ответа на вопрос: какой источник обучения для Вас наиболее удобен по вопросам ИППП? (варианты указаны в следующих 6 пунктах (62-67))

Родители / родственники:

- Неприемлем;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобно;
- Комфортно, легко запоминается информация.

СМИ (теле- / радио- передачи, газеты, журналы и т.д.):

- Неприемлем;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобно;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Сверстники / старшие товарищи:

- Неприемлем;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобно;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Специальная литература:

- Неприемлем;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобно;
- Комфортно, легко запоминается информация.



Интернет:

- Неприемлем;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобно;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Лекции, занятия в школе, СУЗе, ВУЗе:

- Неприемлем;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобно;
- Комфортно, легко запоминается информация.

75. Укажите наиболее подходящий, по Вашему мнению, вариант ответа на вопрос: какова наиболее удобная для Вас форма обучения по вопросам ИППП? (варианты указаны в следующих 6 пунктах (68-73))

Видео (передачи, кинофильмы, ролики):

- Неприемлема;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобная;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Лекции, семинары с возможным общением вопрос-ответ:

- Неприемлема;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобная;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Сайты, информационные приложения на смартфоне, планшете:

- Неприемлема;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобная;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Беседа со старшими товарищами / сверстниками – специалистами или просто более опытными людьми в данной области:

- Неприемлема;                       Трудно воспринимать информацию;
- Сложно, но пойдет;       Удобная;
- Комфортно, легко запоминается информация.

Беседа с родителями или родными:

- Неприемлема;                       Трудно воспринимать информацию;  
 Сложно, но пойдет;     Удобная;  
 Комфортно, легко запоминается информация.

Беседа тет-а-тет с медицинскими работниками (психологами, врачами):

- Неприемлема;                       Трудно воспринимать информацию;  
 Сложно, но пойдет;     Удобная;  
 Комфортно, легко запоминается информация.

### **Методика оценки уровня информированности.**

Для того, чтобы оценить уровень информированности респондентов по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, необходимо осуществить следующий алгоритм действий:

1. Контроль заполнения карт изучения;
2. Подсчет индивидуального уровня информированности по вопросам ИППП каждого респондента при помощи таблицы № 1;
3. Сводка, полученных данных, в одну базу, расчет средних величин в зависимости от распределения признака в совокупности.

### **Методика подсчета индивидуального уровня информированности по вопросам ИППП**

№ вопроса в карте опроса	Минимальное и максимальное количество баллов за ответ	Оценка ответов
17	0-10	2 балла за верный ответ, 0 – неверный ответ.
18	0-12	4 балла за верный ответ, 0 – неверный ответ.
19-27	0-27	3 балла – верный ответ, 1 – затрудняюсь ответить при наличии правильных ответов, 0 – неверный ответ.

28-30	0-12	4 балла – верный ответ, 1 – затрудняюсь ответить при наличии правильных ответов, 0 – неверный ответ.
31	0-12	4 балла за верный ответ, 0 – неверный ответ.
32-40	0-27	3 балла – верный ответ, 1 – затрудняюсь ответить при наличии правильных ответов, 0 – неверный ответ.

### Приложение 3

#### Анкета

**(на основе матрицы по индивидуальному прогнозированию риска возникновения и развития ИППП)**

Матрица состоит из 35 вопросов, из них 5 – общая информация, 6 – факторы риска, 24 – информированность по вопросам ИППП.

**Группа вопросов 1 (общая информация).**

1. Причина обращения к данному ресурсу:  Периодический Медицинский осмотр;  Диспансеризация;  Самодиагностика.
2. Где Вы проживаете на данный момент, укажите наименование населенного пункта и район: \_\_\_\_\_.
3. Впишите сколько Вам сейчас полных лет: \_\_\_\_\_.
4. Отметьте верный вариант, Вы -  Мужчина /  Женщина.
5. Вы вступали когда-либо в сексуальные контакты (у Вас был секс)?  
 Да;  Нет. Переходите к вопросу №17.

**Группа вопросов 2 (факторы риска возникновения и развития ИППП).**

6. Укажите возраст полового дебюта (сколько Вам было полных лет, когда Вы впервые занялись сексом): \_\_\_\_\_.
7. Укажите какие из ниже перечисленных факторов имели место при первом сексуальном контакте:  
 Взаимное согласие;  Насилие;  
 Алкогольное опьянение;  Наркотическая эйфория.
8. За последний год Вы практиковали сексуальные взаимоотношения сразу с несколькими половыми партнёрами параллельно (в том числе измена):  Нет;  Да, однажды;  
 Да, однажды, находясь в состоянии алкильного

опьянения или наркотической эйфории;

Практикую периодически.

9. За последний году Вас был секс с незнакомым ранее человеком в первые часы общения (например: знакомство в клубе в эту же ночь закончилось сексом, случайный секс в командировке и т.д., все подобные ситуации, кроме платных услуг)? Отметьте соответствующий вариант:

Нет;  Да, однажды;

Да, однажды, находясь в

состоянии алкильного опьянения или наркотической эйфории;

Бывает периодически.

10. За последний год Вы пользовались платными сексуальными услугами? Отметьте соответствующий вариант:

Нет;  Да, однажды;

Да, однажды, находясь в состоянии алкильного опьянения или наркотической эйфории;

Пользуюсь периодически.

11. За последний год как часто Вы использовали презерватив при первом сексуальном контакте с новым половым партнером? Укажите частоту в процентах от 0 до 100: \_\_\_\_\_ %.

**Группа вопросов 3 (оценка уровня информированности по вопросам ИППП по 100 бальной шкале).**

12. Напишите пять известных Вам инфекций, передаваемых половым путем (точность названия и грамотность написания не имеют значения):

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_.

13. Укажите, куда, по Вашему мнению, необходимо обратиться за помощью в случае подозрения на заражение инфекциями, передаваемыми половым путем (отметьте три наиболее подходящих варианта):

- Кожно-венерологический диспансер;
- Сверстники / старшие товарищи;
- Родители / родственники;
- Медицинская организация / пункт при учреждении (при школе, СУЗе, ВУЗе, заводе и т.д.);
- Сеть интернет для самостоятельного поиска методов диагностики и лечения;
- Медицинская организация частной формы собственности;
- Никуда, пройдет само собой;
- Другое, впишите свой вариант \_\_\_\_\_.

Укажите верный вариант ответа на вопрос: Возможно ли заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, от больного человека при условиях, описанных в следующих девяти пунктах?

14. Через соприкосновение с потом?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

15. При использовании общего туалета?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

16. Во время рукопожатия?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

17. При использовании одной иглы для инъекций?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

18. При употреблении пищи из одной посуды?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

19. Во время поцелуя (обмен слюной)?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

20. От того, что этот человек кашляет рядом?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

21. Во время полового акта без презерватива?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

22. Во время полового акта с презервативом?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

23. Отметьте верный вариант ответа на вопрос: принесет ли самостоятельное лечение от инфекций, передаваемых половым путем, необходимый результат?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

24. Отметьте верный вариант ответа на вопрос: может ли презерватив защитить Вас от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем?

Да; Нет; Затрудняюсь ответить.

25. Отметьте верный вариант ответа на вопрос: возможно ли защититься от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, во время секса с больным человеком без презерватива?

- Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

26. Представьте следующую ситуацию: в частной медицинской организации Вас под неким предлогом уговорили сдать анализы на выявление инфекций, передаваемых половым путем, когда результаты оказались у Вас на руках, Вы обнаружили, что на несколько инфекций анализ оказался положительным, кому следует сообщить об этом? (отметьте столько вариантов, сколько считаете необходимым):

- Тому человеку, который, по Вашим предположениям, мог Вас заразить, но не является Вашим постоянным половым партнером;
- Своему постоянному половому партнеру;
- Никому, это мое личное дело;
- Медицинскому работнику – лечащему врачу.

Укажите верный вариант ответа на вопрос: способны ли инфекции, передаваемые половым путем, привести к последствиям, описанным ниже? (последствия описаны в следующих 9 пунктах)

27. Бесплодие у мужчин:

- Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

28. Бесплодие у женщин:

- Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

29. Хронические тазовые боли у женщин:

- Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

30. Нарушение эрекции, снижение либидо у мужчин:

- Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.



31. Развитие рака простаты:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

32. Развитие рака шейки матки:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

33. Недоношенная беременность:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

34. Уродства и нарушение развития новорожденных:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

35. Мертворождение:

Да;       Нет;       Затрудняюсь ответить.

#### Приложение 4

План осуществления процесса информирования обучающихся общеобразовательных организаций по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, необходимо выстраивать следующим образом:

1. Самостоятельное представление выступающего перед аудиторией;
2. Заполнение карт изучения информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, обучающихся общеобразовательных учреждений № 1;
3. Вступительная история (у каждого выступающего своя, связанна с его студенческой жизнью, рекомендуется вставить в нее анекдот или веселую историю из жизни для разрядки атмосферы и создания доверительных отношений);
4. Пояснение того, что такое и какие существуют инфекции, передаваемые половым путем;
5. К каким последствиям они приводят (рак, бесплодие, мертворождения и т.д.);
6. Пути передачи и факторы риска возникновения и развития ИППП;
7. Какие заболевания вызывают и каковы их симптомы;
8. Основные методы профилактики данных инфекций;
9. Что делать если возникло подозрение на наличие ИППП или появилась схожая симптоматика;
10. Время на вопросы;
11. Раздача дидактического материала;
12. Заполнение карт изучения информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, обучающихся общеобразовательных учреждений № 2;

Необходимо также отметить, что процесс информирования осуществляется в присутствии целевой аудитории и специально

подготовленного оратора из числа студентов медицинского университета. В данном процессе исключается присутствие педагогов, родителей, представителей организационного комитета и других лиц, так как обратном случае будет нарушен основной принцип «равный-равному» и целевая аудитория не раскроется перед выступающим, цели мероприятий достигнуты не будут.

Во время процесса информирования выступающий может пользоваться доской и мелом, применение других вспомогательных инструментов презентации, таких как мультимедийные доски, телевизор, проектор, ноутбук и т.д. категорически запрещается, так как одна из основных задач оратора создание непосредственной и доверительной атмосферы между ним и целевой аудиторией, применение современных технологий помешает этому, психологически отдалит оратора от слушателей, и цели мероприятий не будут достигнуты.

**Приложение 5****Карта**

*изучения уровня информированности по вопросам инфекций,  
передаваемых половым путем, обучающихся в восьмом классе  
общеобразовательных учреждений*

**№ 1.**

Уважаемые респонденты,

для нас очень важно оценить Ваши знания о инфекциях,  
передаваемых половым путем, на сегодняшний день.

**Мы гарантируем анонимность Ваших ответов,  
пожалуйста, ответьте на все вопросы.**

**1. Напишите пять известных Вам инфекций, передаваемых половым  
путем (точность названия и грамотность написания не имеют значения):**

1. \_\_\_\_\_;
2. \_\_\_\_\_;
3. \_\_\_\_\_;
4. \_\_\_\_\_;
5. \_\_\_\_\_.

**2. Укажите, куда, по Вашему мнению, необходимо обратиться за  
помощью в случае подозрения на заражение инфекциями,  
передаваемыми половым путем (отметьте три подходящих варианта):**

- Кожно-венерологический диспансер;
- Сверстники / старшие товарищи;
- Родители / родственники;
- Медицинская организация / медицинский пункт при школе;
- Сеть интернет для самостоятельного поиска методов диагностики и  
лечения;
- Медицинская организация частной формы собственности;

Никуда, пройдет само собой;

Другое, напишите свой вариант: \_\_\_\_\_.

**3. Как Вы думаете, возможно ли заразиться инфекциями, передаваемыми половым путем, от больного человека... (отметьте верный, по Вашему мнению, вариант ответа):**

Вариант ситуации:	Варианты ответа		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Через соприкосновение с потом?			
При использовании общего туалета?			
Во время рукопожатия?			
При использовании одной иглы для инъекций?			
При употреблении пищи из одной посуды?			
Во время поцелуя (обмен слюной)?			
От того, что этот человек кашляет рядом?			
Во время полового акта без презерватива?			
Во время полового акта с презервативом?			

**4. Отметьте верный, по Вашему мнению, вариант ответа:**

Вариант ситуации:	Варианты ответа		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Принесет ли самостоятельное лечение от инфекций, передаваемых половым путем, необходимый результат?			
Может ли презерватив защитить Вас от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем?			
Возможно ли защититься от заражения инфекциями, передаваемыми половым путем, во время секса с больным человеком без презерватива?			

**5. Представьте следующую ситуацию: в частной медицинской организации Вас под неким предлогом уговорили сдать анализы на выявление инфекций, передаваемых половым путем, когда результаты оказались у Вас на руках, Вы обнаружили, что на несколько инфекций анализ оказался положительным, кому следует сообщить об этом? (отметьте столько вариантов, сколько считаете необходимым):**

- Тому человеку, который, по Вашим предположениям, мог Вас заразить, но не является Вашим постоянным половым партнером;
- Своему постоянному половому партнеру;
- Никому, это мое личное дело, эту проблему я решу самостоятельно;
- Медицинскому работнику – лечащему врачу.

**6. Укажите верный вариант ответа на вопрос: способны ли инфекции, передаваемые половым путем, привести к последствиям, описанным ниже? (отметьте верный, по Вашему мнению, вариант ответа):**

Вариант ситуации:	Варианты ответа		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Бесплодие у мужчин			
Бесплодие у женщин			
Хронические тазовые боли у женщин			
Нарушение эрекции, снижение либидо у мужчин			
Развитие рака простаты			
Развитие рака шейки матки			
Недоношенная беременность			
Уродства и нарушение развития новорожденных			
Мертворождение			

Спасибо за Ваши ответы.

Контроль: \_\_\_\_\_; №: \_\_\_\_\_; Балл: \_\_\_\_\_.

**Карта**

*изучения уровня информированности по вопросам инфекций,  
передаваемых половым путем, обучающихся в восьмом классе  
общеобразовательных учреждений*

**№ 2.**

Уважаемые респонденты,

для нас очень важно оценить полученные Вами знания о  
инфекциях, передаваемых половым путем, на проведенном мероприятии.

*Мы гарантируем анонимность Ваших ответов,  
пожалуйста, ответьте на все вопросы.*

...

*Спасибо за Ваши ответы.*

Контроль: \_\_\_\_\_; №: \_\_\_\_\_; Балл: \_\_\_\_\_.

**Карта**

*изучения уровня информированности по вопросам инфекций,  
передаваемых половым путем, обучающихся в восьмом классе  
общеобразовательных учреждений*

**№ 3.**

Уважаемые респонденты,

для нас очень важно оценить Ваши знания о инфекциях,  
передаваемых половым путем, на сегодняшний день.

*Мы гарантируем анонимность Ваших ответов,  
пожалуйста, ответьте на все вопросы.*

...

*Спасибо за Ваши ответы.*

Контроль: \_\_\_\_\_; №: \_\_\_\_\_; Балл: \_\_\_\_\_.

### **Методика оценки уровня информированности.**

Для того, чтобы оценить уровень информированности респондентов по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, необходимо осуществить следующий алгоритм действий:

4. Контроль заполнения карт изучения;

Необходимо внимательно просмотреть все карты изучения уровня информированности по вопросам инфекций, передаваемых половым путем, на предмет правильности их заполнения и соответствия информативности целям исследования. После чего поставить отметку в конце карты о том, что контроль проведен.

5. Подсчет индивидуального уровня информированности по вопросам ИППП каждого респондента при помощи таблицы № 1;

При помощи таблицы 1 необходимо рассчитать уровень информированности по каждой карте изучения. После чего поставить оценку уровня информированности (количество набранных баллов) в конце карты в соответствующую графу.

6. Сводка, полученных данных, в одну базу, расчет средних величин в зависимости от распределения признака в совокупности.

Последним этапом, баллы, набранные по итогам заполнения карт изучения, оставленных для дальнейшего исследования по результатам контроля, оцифровываются в одну базу данных. Проводится статистический анализ: определение нормальности распределения признака «уровень информированности по вопросам ИППП» с отобранной совокупности; расчет средних величин.



**Таблица 1 – Методика подсчета индивидуального уровня информированности по вопросам ИПШП**

№ вопроса в карте опроса	Минимальное и максимальное количество баллов за ответ	Оценка ответов
17	0-10	2 балла за верный ответ, 0 – неверный ответ.
18	0-12	4 балла за верный ответ, 0 – неверный ответ.
19-27	0-27	3 балла – верный ответ, 1 – затрудняюсь ответить при наличии правильных ответов, 0 – неверный ответ.
28-30	0-12	4 балла – верный ответ, 1 – затрудняюсь ответить при наличии правильных ответов, 0 – неверный ответ.
31	0-12	4 балла за верный ответ, 0 – неверный ответ.
32-40	0-27	3 балла – верный ответ, 1 – затрудняюсь ответить при наличии правильных ответов, 0 – неверный ответ.

И.А. Киясов, Ф.В. Хузиханов

**МОНОГРАФИЯ**

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ИНФЕКЦИЙ,  
ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, СРЕДИ МОЛОДЕЖИ

---

Издательство «Отечество»,  
420126, г. Казань, ул. Чистопольская, д.27а

Подписано в печать 27.06.2018. Формат 64x80 1/16.  
Бумага офсетная. Печать ризографическая.  
Усл. печ. л. 13,6. Тираж 500. Заказ № 2706/2.  
Отпечатано с готового оригинал-макета  
в типографии «Вестфалика» (ИП Колесов В.Н.)  
420111, г. Казань, ул. Московская, 22. Тел.: 292-98-92  
e-mail: westfalika@inbox.ru

---