



ВОЗ

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ
БЮРО



UNAIDS

SCHERFIGSVEJ 8
DK-2100 COPENHAGEN Ø
DENMARK

ТЕЛЕФОН: (45) 39 17 17 17
ТЕЛЕФАКС: (45) 39 17 18 18
ТЕЛЕКС: 15348 и 12000

EUR/ICP/CMDS 08 01 01

10926

ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ



ЭПИДЕМИЯ БОЛЕЗНЕЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ВОСТОЧНОЙ ЕВРОПЕ

Отчет о совещании ВОЗ

Копенгаген, Дания
13–15 мая 1996 г.

1996 г.

Задача 5 ЗДВ/ЕРБ ВОЗ

ЗАДАЧА 5

СОКРАЩЕНИЕ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ИНФЕКЦИОННЫХ БОЛЕЗНЕЙ

К 2000 г. не будет местных случаев заболеваний полиомиелитом, дифтерией, столбняком новорожденного, корью, эпидемическим паротитом и врожденной краснухой в Регионе и должно быть достигнуто постоянное и непрерывное сокращение заболеваемости и неблагоприятных последствий других инфекционных болезней, в частности ВИЧ-инфекции.

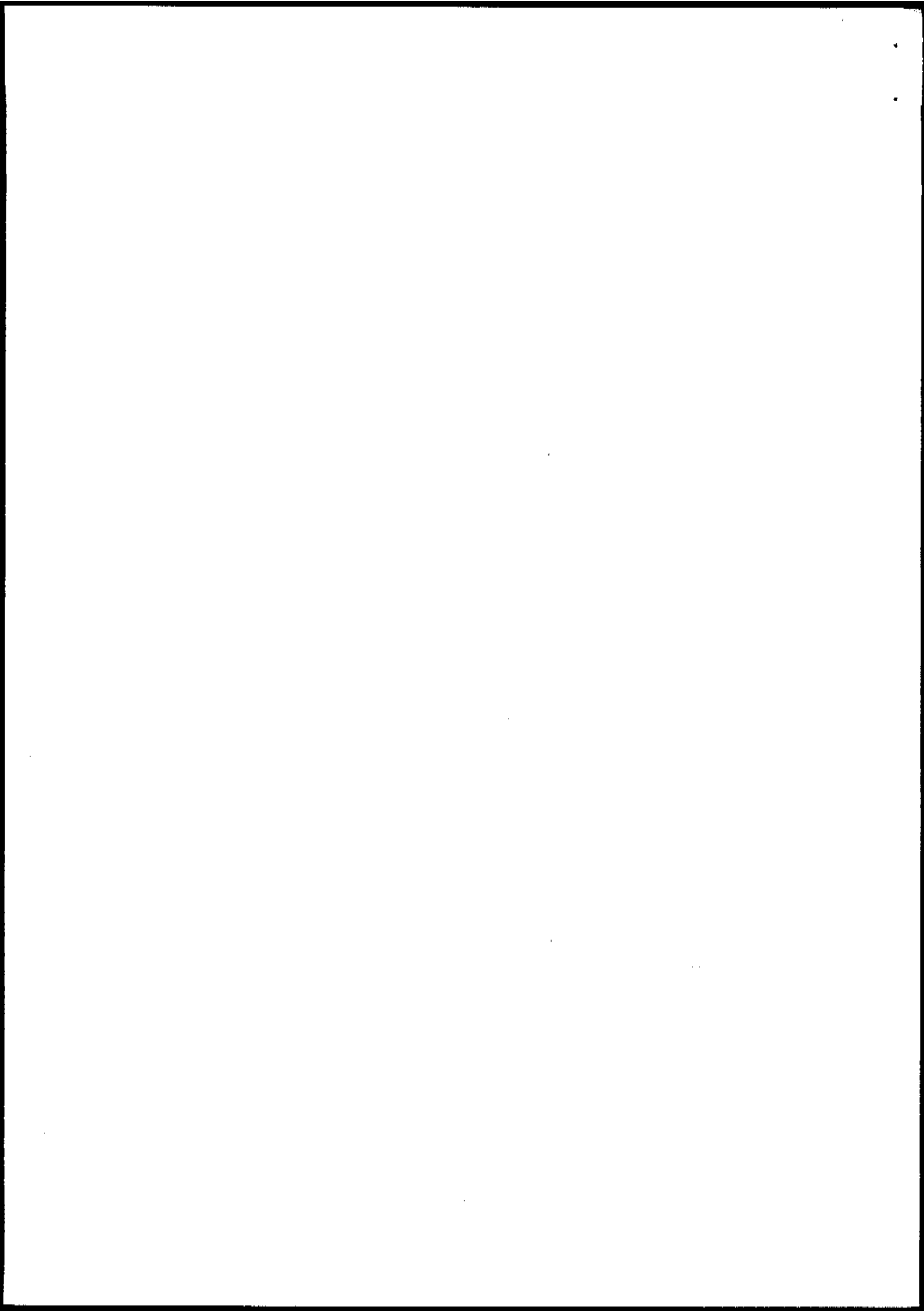
РЕЗЮМЕ

В новых независимых государствах бывшего СССР в настоящее время происходят крупные эпидемии болезней, передаваемых половым путем, в особенности сифилиса, который поражает главным образом молодежь и подростков. Эти эпидемии, по всей видимости - порождение быстрых социальных и экономических перемен, происходящих в последние годы, а также изменившихся в результате этих перемен сексуального поведения, мировоззрения, доступности, приемлемости и эффективности медицинских услуг. Рассматривая ситуацию, участники подчеркнули насущную потребность в действиях, направленных на борьбу с этими эпидемиями. Такие действия предусматривают тщательную оценку имеющихся систем борьбы с БППП, перераспределения средств между различными видами деятельности и усиленная пропаганда, нацеленная на верхние правительственные эшелоны и предназначенная для выработки понимания проблемы, усиления политической приверженности и поддержки рекомендованных инициатив. Следует усилить национальную координацию программ укрепления здоровья применительно к половому здоровью и профилактике БППП/ВИЧ. Установленные законом услуги должны быть сделаны более доступными и приемлемыми для пациентов. Следует предпринимать усилия с широким распределением средств между различными видами деятельности и усиленная пропаганда, нацеленная на верхние правительственные эшелоны и предназначенная для выработки понимания проблемы, усиления политической приверженности и поддержки рекомендованных инициатив. Следует усилить национальную координацию программ укрепления здоровья применительно к половому здоровью и профилактике БППП/ВИЧ. Установленные законом услуги должны быть сделаны более доступными и приемлемыми для пациентов. Следует предпринимать усилия с целью обеспечить, чтобы все те, кто ведёт больных с БППП, включая частный сектор, оказывали им высококвалифицированную помощь.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык. Не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные в подписанных авторами статьях, несут сами авторы. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного отчета.

СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
Введение	1
Текущее положение дел и тенденции в области БППП в Регионе	2
Источники эпидемии сифилиса в Российской Федерации	3
Меры, предпринимаемые для борьбы с БППП – свежие данные по странам	5
Беларусь.....	5
Казахстан.....	6
Латвия.....	6
Республика Молдова.....	6
Украина	7
Выделение БППП в разряд первоочередной задачи правительственных органов в области здравоохранения	7
Принципы и политика в области борьбы с БППП	8
Пропаганда здоровья	9
Клинические службы	9
Имеющиеся в наличии лекарственные средства для лечения БППП	10
Целевые группы.....	10
Анализ ситуации с БППП (конкретные примеры)	10
Опыт работы анонимных клиник по лечению БППП в Российской Федерации	11
Критерии выбора лекарственных средств для лечения БППП	11
Гонорея.....	11
Хламидии	11
Роль информации, просвещения и информационной работы в борьбе с БППП.....	12
Эпиднадзор за БППП.....	13
Роль лабораторных служб в борьбе с БППП.....	13
Разработка национальной политики по борьбе с БППП	13
Выводы.....	14
Рекомендации.....	15
Приложение 1. Список участников.....	19



ВВЕДЕНИЕ

Настоящий отчёт посвящён результатам "Совещания по эпидемии болезней, передаваемых половым путём, в Восточной Европе", проведённого 13 - 15 мая 1996г. в г.Копенгаген, Дания.

В ответ на тревожный рост заболеваемости болезнями, передаваемыми половым путём (БПП), в новых независимых государствах Европейское Региональное бюро ВОЗ, штаб-квартира ВОЗ и Объединённая программа ООН по СПИДу организовали оперативное совещание экспертов из наиболее затронутых стран. От имени Европейского Регионального бюро ВОЗ участников приветствовал профессор Sieghart Dittmann, Координатор по инфекционным болезням.

На Совещании присутствовало 15 участников из Беларуси, Казахстана, Латвии, Республики Молдова, Российской Федерации и Украины. Каждой стране было предложено назначить представителя Министерства здравоохранения, находящегося в постоянном штате и несущего полную ответственность за борьбу с БПП, клинициста, работающего с больными БПП ежедневно, и специалиста, ответственного за проведение лабораторной диагностики. Далее, в совещании приняли участие представители Европейского Регионального бюро ВОЗ, штаб-квартиры ВОЗ и Объединённой программы ООН по СПИДу, а также шесть временных советников, обладающих опытом в различных областях.

Задачи совещания состояли в обмене информацией по текущей ситуации и предпринятым действиям, а также в определении первоочередных действий по борьбе с эпидемией в таких областях, как руководство программой, профилактика, ведение больных и эпиднадзор.

На протяжении последних 10 лет в Восточной Европе происходят колоссальные социальные и экономические изменения. Переход к системе рыночной экономики, помимо прочего, вызвал снижение национального и душевного дохода, рост безработицы и обнищание, за чем последовали рост мобильности, проституции и употребления наркотиков. Эти факторы, связанные процессом быстрых социальных изменений, оказывают серьёзное воздействие на общее состояние здоровья населения и, в частности, на заболеваемость излечимыми болезнями, передаваемыми половым путём.

Излечимые БПП вызывают озабоченность не только ввиду дискомфорта, вызываемого острой инфекцией. Они также могут вызывать серьёзные осложнения, такие как бесплодие, мёртворождённые дети, выкидыши, слепоту, повреждения головного мозга, уродства, рак и даже смерть. Более того, было доказано, что они являются факторами риска в отношении передачи ВИЧ, и поэтому борьба с ними является главной заботой в предотвращении распространения ВИЧ.

С 1989 г. происходит очень быстрое нарастание показателей зарегистрированных случаев сифилиса, в частности в новых независимых государствах бывшего Советского Союза (ННГ). Во многих странах заболеваемость сифилисом увеличилась в 15 - 30 раз. Уровни заболеваемости сифилисом выше 50 на 100 000 населения были зарегистрированы в 1994г. в Беларуси, Казахстане, Латвии, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине.

Перед совещанием стояли следующие задачи:

- 1) рассмотреть эпидемиологическую ситуацию с распространением БППП среди населения ННГ и других стран Восточной Европы,
- 2) обменяться свежей информацией о масштабах проблемы и о действиях, предпринимаемых в каждой стране,
- 3) рассмотреть источники отмеченной в ННГ эпидемии сифилиса,
- 4) рассмотреть сильные и слабые стороны существующих мер по борьбе с БППП,
- 5) определить первоочередные действия по борьбе с эпидемией в областях первичной профилактики, медико-санитарного просвещения, клинических служб, клинического ведения болезней, передаваемых половым путём, лабораторной диагностики, вторичной профилактики и уведомления партнёров, эпиднадзора,
- 6) выявить потребности по линии необходимой подготовки и технической поддержки,
- 7) согласовать план действий.

ТЕКУЩЕЕ ПОЛОЖЕНИЕ ДЕЛ И ТЕНДЕНЦИИ В ОБЛАСТИ БППП В РЕГИОНЕ

В странах Западной Европы в период с 1980 по 1991гг. наблюдалось значительное снижение заболеваемости сифилисом и гонореей - до уровня ниже 2 случаев на 100 000 населения по сифилису и 20 на 100 000 населения по гонорее. В течение ряда лет эти страны имели практически ничтожный уровень по сифилису - заболеванию, которое практически почти отсутствует.

Однако в настоящее время наблюдается весьма иная ситуация в Восточной части Европы, в частности в ННГ. С 1989 г. идёт очень быстрое увеличение показателей регистрируемой заболеваемости сифилисом, которая в Российской Федерации, например, достигла 86 случаев и 172,1 случаев на 100 000 населения соответственно в 1994 г. и в 1995 г. - 40-кратный рост за время с 1989 по 1995 гг. Подавляющее большинство зарегистрированных в 1994г. случаев были заразными, при этом выросла доля недавно заразившихся. В целом, в большинстве ННГ за последние 4 - 5 лет заболеваемость сифилисом выросла в 15-30 раз - от 5-15 на

100 000 в 1990 г. до такого высокого уровня, как 120-170 на 100 000 населения. Показатели заболеваемости сифилисом выше 50 были зарегистрированы в 1994 г. в Беларуси, Казахстане, Латвии, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине (см. рис. 1).

Заболеваемость сифилисом в Беларуси, Республике Молдова, Российской Федерации и Украине

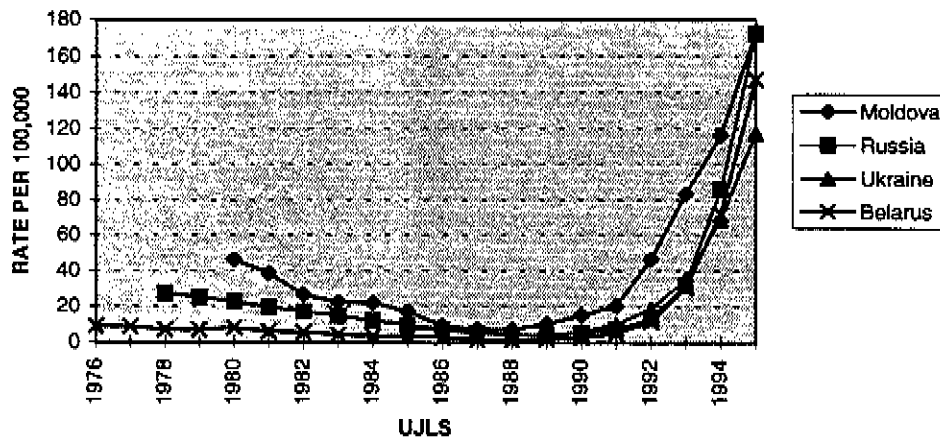


Рис. 1

В то время, как распространённость ВИЧ-инфекции до определённого времени была значительно ниже в Восточной Европе по сравнению с Западной Европой, большую озабоченность вызывает тот факт, что быстрый рост передачи ВИЧ только начинается, учитывая сильный рост числа отмеченных случаев ВИЧ в Польше и Украине в 1994-1995 гг. Совокупные факторы наличия эпидемии БППП, изменений в половом поведении и повышения передачи ВИЧ среди колющихся наркоманов сильно повышают потенциальную возможность вызывающего тревогу роста заражённости ВИЧ.

Источники эпидемии сифилиса в Российской Федерации

Возникновение излечимых бактериальных БППП среди населения определяется как биологическими характеристиками организмов и влиянием медицинских мероприятий на трансмиссивность и природную историю, так отчасти и формами полового поведения. Медицинское наблюдение заболевших и их половых партнёров сокращает те периоды, в течение которых инфицированные лица остаются инфицированными. На риск передачи влияет число партнёров, принимающих участие в половом акте без предохранительных средств.

Текущий процесс быстрых социальных перемен в Российской Федерации, помимо прочего, привёл к снижению валового внутреннего продукта в среднем на

12% в год в реальном исчислении за период 1990 - 1994 гг., при этом произошёл бурный рост дифференциации доходов, бедности, безработицы и миграции. Такое развитие событий в последнее время оказало значительное влияние на структуру, наличие и эффективность медицинских служб, равно как и на половое поведение.

Рост доли лиц, ищущих низкокачественной частной помощи или занимающихся самолечением, может обусловить большее число неудач с лечением и уменьшение выявленных контактов. Снижение реальной ценности финансирования установленных законом услуг по линии БППП сокращает объёмы предоставляемых материалов и рабочего времени медработников для постановки диагноза, лечения и уведомления партнёров, а снижение реального уровня зарплаты заставляет медперсонал работать на стороне, оставляя меньше времени и сил для оказания положенных услуг по линии БППП. Повышенное использование амбулаторного лечения сифилиса бициллином, возможно, повысило результативность лечения, тогда как более редкое применение исчерпывающих схем отслеживания контактов, требующееся в противном случае по законодательству, могло привести к тому, что некоторые члены общества остаются с нелеченой инфекцией в течение более продолжительного времени. Растущая численность официальных клиник по БППП, предлагающих услуги на основе анонимности и конфиденциальности, может быть стимулом для некоторых больных показаться врачу раньше, однако за такие услуги нужно платить. Бедным или не имеющим страховки людям (обычно именно они подвергаются наибольшему риску в отношении БППП) по-прежнему приходится пользоваться услугами традиционных диспансеров. По мере того, как приемлемость подхода традиционных диспансеров продолжает снижаться, промежуток времени между заражением и лечением может на самом деле увеличиться для тех людей, которым не по карману воспользоваться новыми платными услугами.

В России не существует систематических исследований полового поведения и отношений. И всё же есть возможность выявить в половом поведении ряд изменений, которые могут быть отнесены к протекающей в настоящее время эпидемии БППП. Выросло число внутренних и международных деловых поездок и командировок, неся с собой новые возможности для половых контактов, например с лицами, использующими секс в коммерческих целях, что иногда происходит в регионах с высокой распространённостью БППП, таких как Юго-Восточная Азия и Африка. Внутренняя миграция и приток беженцев значительно возросли, и многие люди в течение длительного времени оторваны от своей семьи, живут в плохих условиях и находятся в финансовой зависимости от неформальной экономики. В то же время нарастают безработица и обнищание обширных групп основного населения, в особенности женщин, при сокращении средств, отпускаемых на образование и социальное обеспечение. Эти изменения могли способствовать общему "ослучайниванию" половых связей и к быстрому росту систематической и случайной проституции. Большие группы молодых людей отсеиваются из школы и оказываются вне родительского влияния, что могло способствовать повсеместному

снижению возраста первого полового сношения, а также росту детской и подростковой проституции.

Параллельно с процессом быстрых социальных перемен происходит перенос идеологического фокуса с коллектива на индивида, с коллективных ценностей на личные ценности и на потребительство. Свобода печати и рост внешней торговли значительно увеличили предложение продукции, образов и рекламы, имеющей сексуальную направленность, включая порнографию. Эти факторы в сочетании могли вызвать значительный сдвиг в сексуальных нравах и стиле жизни в России, особенно в молодёжной среде. Помимо откровенной проституции, происходит явный рост коммерциализации половых отношений в более общем смысле, пронизывающий социальные слои и отражающий рост рыночного мировоззрения и растущее расслоение в экономическом положении. Формируются временные половые отношения при наличии чёткой, но завуалированной экономической зависимости одного партнёра от другого. Работа по отслеживанию половых контактов позволила выявить новые по характеру структуры половых взаимоотношений, а именно открытый групповой секс с частой сменой партнёров внутри групп. Такие структуры создают идеальные условия для быстрой передачи БППП.

МЕРЫ, ПРЕДПРИНИМАЕМЫЕ ДЛЯ БОРЬБЫ С БППП – СВЕЖИЕ ДАННЫЕ ПО СТРАНАМ

Беларусь

В Беларуси имеется 34 амбулаторных кожно-венерологических отделения и 2 594 больничных коек при населении 10,4 млн. человек. Координацией и развитием профилактики и лечения БППП руководит Минский медицинский институт. Сотрудники в службах БППП имеют высокий уровень квалификации и подготовленности. Создана национальная программа по профилактике БППП, при этом растущий упор делается на половое медико-санитарное просвещение. Разрабатываются конкретные проекты, нацеленные на молодёжь, школьников и работников просвещения. Презервативы широко доступны, но относительно дороги. Клиническое лечение сифилиса и гонореи продвинулись вперёд, при этом свыше 90% больных гонореей и свыше 70% больных сифилисом в настоящее время лечат амбулаторно. Возникают проблемы с обеспечением надлежащего снабжения современными лекарственными средствами для лечения сифилиса. Серьёзную тревогу вызывает рост числа клиник частного сектора и случаев лечения больных на полностью анонимной основе. Отслеживание контактов в любом случае затрудняется. Обсуждается вопрос о том, не стали ли современные правовые санкции и полномочия по борьбе с БППП излишними и не следует ли их отменить в свете осуществляемой просветительской работы с помощью средств массовой информации и прочей деятельности, направленной на укрепление здоровья.

Казахстан

Нарастают проблемы с предоставлением надлежащих услуг по диагностированию БППП. Обслуживание по линии БППП организовано в централизованном порядке, при этом задействовано 19 региональных и 14 муниципальных клиник, а также частные врачебные кабинеты. Применяется современное лечение сифилиса, при этом растёт использование бициллина для амбулаторного лечения (с оплатой за счёт больных) и бензилпенициллина, применяемого для стационарного лечения (бесплатно). Деятельность по укреплению здоровья, включая кампании средств массовой информации и мероприятия по охвату на местах, нацеленные на определённые группы высокого риска, такие как лица, занимающиеся предпринимательством, работники кооперативов, шофёры и студенты. Существует обратная зависимость между сокращением числа отслеженных контактов и ростом числа выявленных заболеваний сифилисом. В анонимных клиниках по БППП очень высока плата за диагностирование и лечение. Существует необходимость улучшить работу с мужчинами-гомосексуалистами, лицами, использующими секс в коммерческих целях, и с наркоманами посредством декриминализации таких групп, а также в пересмотре законодательства, касающегося БППП. Создаётся координационный межведомственный комитет по борьбе с БППП, в который войдут представители министерств здравоохранения, юстиции и образования.

Латвия

Лечение сифилиса проводится бициллином. Лишь 17% больных, которые, как считается, неспособны надлежащим образом контролировать своё поведение, либо те, которых относят к группам риска, подвергаются лечению в условиях стационара. Развитие услуг по линии БППП происходит на фоне политики децентрализации медико-санитарной помощи и роста систем страхования как в муниципальных, так и в частных клиниках. Считалось, что частнопрактикующие поставщики [медико-санитарной помощи] не обеспечивают эффективного уведомления партнёров, и есть некоторые свидетельства того, что уведомление партнёров осуществляется менее результативно в анонимных клиниках, занимающихся лечением БППП. Около 50% больных БППП были безработными, и существует озабоченность по поводу того, что бедные слои населения лишаются возможности пользоваться государственными услугами по линии БППП. Развивается сотрудничество между программой по СПИДу и сектором БППП. Развивается деятельность по линии медико-санитарного просвещения и пропаганды в области полового здоровья в средних школах, несмотря на затруднения, связанные с поиском эффективных подходов.

Республика Молдова

Частный сектор принимает значительное участие в лечении гонореи и сифилиса. Действует широкомасштабная программа по массовому диспансерному обследованию на БППП. Диспансерное обследование клинических и профессиональных групп выявляет 1/3 больных, тогда как остающиеся 1/3 сами

приходят на лечение, и ещё 1/3 выявляются как контактные. Считается, что произошло падение морального уровня молодёжи, которая больше не имеет твёрдого положения в обществе. Молодёжь продолжает бояться обращаться в официальные службы по БППП, которые по-прежнему связаны с полицией и прибегают к её услугам. Разрабатывается комплексная программа по профилактике БППП и ВИЧ. Проблемы борьбы с БППП рассматривались как политические и социальные, равно как и медицинские, и они могут быть разрешены лишь посредством разработки более приемлемых, конфиденциальных услуг по линии БППП и медико-санитарного просвещения, нацеленного на молодёжь. Существуют значительные проблемы с обеспечением надлежащих финансовых и прочих ресурсов для служб, занимающихся БППП. Имеются предложения по легализации проституции, и страна проходит период либерализации в отношении сексуальных меньшинств.

Украина

Существует озабоченность в отношении адекватности лечения сифилиса, рекомендованного Министерством здравоохранения, и низкого качества услуг по линии БППП, оказываемых частным образом. Законодательство в отношении БППП пересматривается с целью обеспечить конфиденциальность, сохранить личные права и обеспечить надлежащую систему лицензирования врачей. Создаются конфиденциальные и анонимные клиники по БППП, а также разрабатываются "выездные" мероприятия по охвату лиц, использующих секс в коммерческих целях, и бездомных. Далее, признаётся необходимость повышать осведомлённость и понимание вопросов, касающихся БППП и их лечения, врачами первичного звена. В последние годы сократились финансовые ресурсы, направляемые на борьбу с БППП. Существует необходимость повысить осведомлённость общественности о БППП посредством использования телевидения и других средств массовой информации. Осуществляется создание научно-исследовательского центра и просветительских материалов по борьбе с БППП, при этом борьба с БППП и программа по СПИДу останутся и будут действовать отдельно и параллельно, сохраняя при этом перекрёстные связи.

ВЫДЕЛЕНИЕ БППП В РАЗРЯД ПЕРВООЧЕРЕДНОЙ ЗАДАЧИ ПРАВИТЕЛЬСТВЕННЫХ ОРГАНОВ В ОБЛАСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Выделение борьбы с БППП в качестве первоочередной задачи при высоком уровне финансирования - это исключительно эффективная в экономическом отношении стратегия для правительств. Это можно продемонстрировать на примере основной статистики, характеризующей широкое распространение БППП и большие расходы, связанные с последствиями БППП. Если выразить бремя БППП в виде показателя утраченных лет жизни с поправкой на нетрудоспособность (индекса DALY), то эти заболевания оказываются на втором месте у женщин в возрасте 15 - 44 лет в Индии и на третьем месте у женщин в Азии (за исключением Индии и Китая) и на островах Тихого океана. Имеются осуществимые и

эффективные стратегии для профилактики БППП и передаваемой половым путём ВИЧ-инфекции и для борьбы с ними:

- первичная профилактика, направленная на снижение риска заражения,
- диагностика и лечение лиц, заразившихся излечимыми БППП.

Экономическая эффективность профилактики БППП и борьбы с ними может быть резко увеличена посредством снижения, в частности, стоимости лечебного обслуживания, а также путём нацеливания как профилактических, так и лечебных услуг на основные группы, подвергающиеся высокому риску заражения и создающие высокий риск заражения окружающих. Следует уделять первоочередное внимание таким мероприятиям, которые нацелены на эти основные группы, а также мероприятиям, которые отличаются невысокой стоимостью и эффективны. Данная стратегия очень эффективна в экономическом плане: при профилактике тратится 0,15 американского доллара или меньше на каждый сэкономленный DALY и при лечении - 0,56 доллара на каждый DALY. Более того, инфекции БППП значительно усиливают опасность передачи ВИЧ. Таким образом, БППП представляют собой важный и насущный приоритет в области общественного здравоохранения.

Принципы и политика в области борьбы с БППП

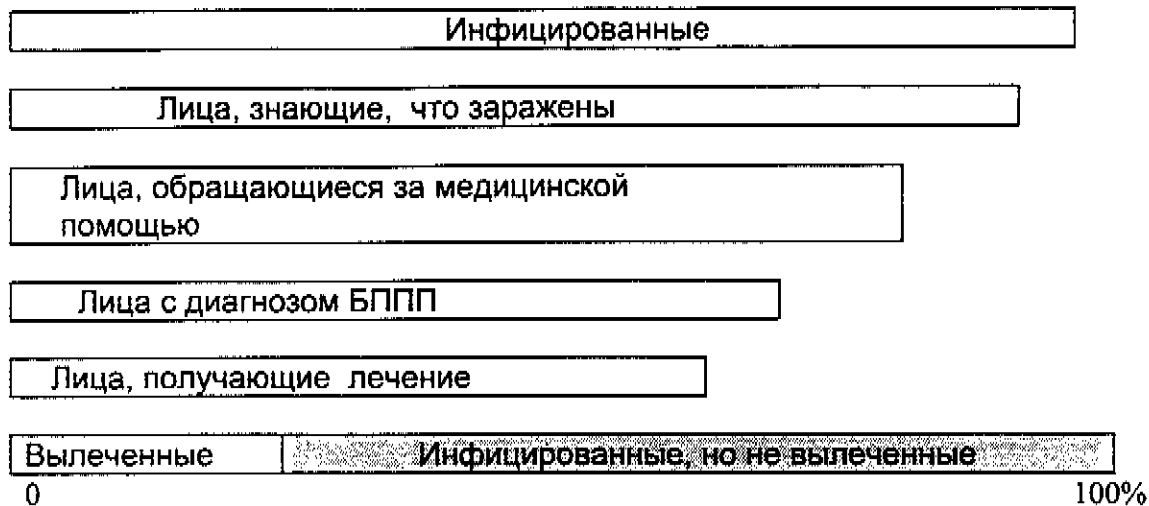
Существуют громадные различия в том, что касается значения для общественного здравоохранения широкой гаммы бактериальных, вирусных и протозойных организмов, способных вызывать БППП. Первоочередное значение следует придавать только тем из них, которые имеют наибольшее значение.

Есть несколько основных причин, объясняющих неудачу в борьбе с БППП: правительства и плановики здравоохранения часто считают борьбу с БППП малозначимой задачей. Усилия по борьбе чрезмерно сосредоточены на лицах, у которых имеются симптомы, и большинство услуг оказываются через специализированные диспансеры, которые могут быть неприемлемыми для большинства населения. Имеет место чрезмерное использование диагностических тест-систем вместо синдромного лечения, применение неэффективных антибиотиков, при этом слишком мало внимания уделяется первичной профилактике.

Существует тесная взаимосвязь между ВИЧ-инфекцией и другими БППП. Имеется похожее рискованное половое поведение. БППП могут способствовать передаче ВИЧ. ВИЧ вызывает иммунодефицит. Иммунодефицит может повышать восприимчивость к инфекции БППП и ухудшать прогноз у заражённых. Современные программы по борьбе с БППП должны служить интересам инфицированных лиц, предупреждать передачу БППП другим людям и предотвращать передачу ВИЧ.

Лица, имеющие БППП, могут не получать лечения по различным причинам, как показано на рисунке 2.

Рис. 2. Пропорция людей, теряемых на определенных этапах между началом лечения и излечением



Отсюда следует, что среди населения большинство лиц, заражённых БППП, могут оказаться не вылеченными. Борьба с БППП может быть обеспечена посредством усиления следующих областей:

Пропаганда здоровья

Цель пропаганды здоровья - просветить индивида и дать ему возможность принять безопасное половое поведение. Эта стратегия имеет отношение ко всем БППП, включая, в особенности, ВИЧ. ВИЧ - это основной побудительный стимул для внедрения программы по пропаганде полового здоровья, и могут быть выработаны призывы и установки, охватывающие все БППП. В отличие от других групп высокого риска в отношении ВИЧ и других БППП, больные с БППП легко выявляются, и приоритет в клиниках, занимающихся БППП, должен отдаваться информации, просвещению и консультированию.

Клинические службы

Клинические службы имеют решающее значение при установлении диагноза у заражённых больных и для лечения инфекций. Более того, больных необходимо просвещать и консультировать в отношении лечения с целью обеспечить соблюдение условий лечения, а также о снижении риска. Половых партнёров следует надлежащим образом оценивать и оказывать им помощь. Приемлемость таких услуг для больных ограничивается следующими обстоятельствами:

- возможность огласки и несоблюдения врачебной тайны,
- осуждающие и недружелюбные сотрудники,
- долгое ожидание в очереди,

- неудобные часы работы,
- плохое содержание и неприглядный вид помещения,
- слабые навыки общения у сотрудников,
- неспособность облегчить симптомы.

Имеющиеся в наличии лекарственные средства для лечения БППП

Для лечения всех невирусных БППП, кроме гонореи, имеются в наличии высокоэффективные и очень недорогие лекарственные средства: имеются в наличии под непатентованными наименованиями (воспроизведённые ЛС) препараты для лечения хламидиоза (доксициклин), сифилиса (бициллин), трихомоноза (метронидазол) и кандидоза (нистатин). Воспроизведённые лекарственные средства зачастую в десять-двадцать раз дешевле, чем патентованные (оригинальные) препараты, применение которых редко бывает оправдано. Заявления производителей патентованных препаратов о том, что воспроизведённые лекарственные средства хуже, лишь очень редко подтверждаются надёжными фактами. Различные имеющиеся в наличии эффективные специальные лекарства для лечения гонореи, следует выбирать для применения в каждом регионе согласно результатам обследования населения на предмет чувствительности гонококков к антибиотикам. Не является оправданным выполнение антибиограммы по каждому больному.

Целевые группы

Деятельность должна быть нацелена на группы, подвергающиеся максимальному риску в отношении БППП, включая лиц, использующих секс в коммерческих целях, и их клиентов, сутенёров, военнослужащих, туристов, бизнесменов, моряков, переселенцев, холостяков в городах, колющихся наркоманов и мужчин, занимающихся сексом с мужчинами.

АНАЛИЗ СИТУАЦИИ С БППП (КОНКРЕТНЫЕ ПРИМЕРЫ)

Для специалистов по БППП существует серьёзная необходимость расширить их кругозор, а также повысить знания и навыки в отношении вопросов здравоохранения и профилактической деятельности. Существует необходимость в проведении научных исследований в этих областях. Обязательные службы, занимающиеся БППП, зачастую видят лишь верхушку айсберга БППП. Необходимо найти пути, обеспечивающие оказание эффективной помощи пациентам в условиях первичной и другой неспециализированной медико-санитарной помощи. Имеется насущная потребность в том, чтобы рассмотреть, насколько эффективное лечение может быть предоставлено при отсутствии диагностических тест-систем, и нет ли в целом перерасхода диагностических тест-систем.

ОПЫТ РАБОТЫ АНОНИМНЫХ КЛИНИК ПО ЛЕЧЕНИЮ БППП В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

В среде специалистов по БППП растёт признание анонимного и конфиденциального ведения своих профильных больных. Существующие в настоящее время механизмы борьбы с БППП возникли на основе репрессивной борьбы с эпидемией сифилиса после гражданской войны. Клиники анонимного лечения БППП появились в ответ на растущее неприятие действующих в силу закона служб по линии БППП, которые используют юридические и гражданские санкции, а также другие подходы, обеспечивающие закреплённость. Пациенты платят деньги за услуги, за исключением пациентов в возрасте до 17 лет. Независимо от анонимности пациентов, не наблюдается значительного снижения численности больных, получающих лечение. К препятствиям для внедрения принципа анонимности и конфиденциальности в лечении БППП в установленном законом секторе БППП относятся законодательство в нескольких областях, диктующее необходимость выявления заражённых пациентов, а также централизованный процесс принятия решений, не позволяющий отдельным кожно-венерологическим диспансерам или главным врачам делать собственный выбор.

КРИТЕРИИ ВЫБОРА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БППП

Три основных соображения при выборе лекарственных препаратов – это высокая эффективность, низкая стоимость и пероральное применение. Для любого конкретно взятого региона должны быть подобраны схемы лечения, которые могут быть стандартизированы.

Гонорея

Схемы лечения гонококковой инфекции должны разрабатываться в свете местного изучения чувствительности *in vitro* выделенных организмов к антибиотикам, а также местных исследований клинической эффективности рекомендованных режимов. Режимы должны быть конкретизированы применительно к относительно неосложнённым инфекциям, осложнённым инфекциям и бленнорее новорождённых. К лекарствам выбора для лечения неосложнённых случаев гонореи относятся: ципрофлоксацин, цефиксим, цефтриаксон, спектиномицин, а также, в качестве альтернативы, канамицин и котримоксазол. Все больные гонореей и их половые партнёры должны дополнительно получать противохламидийное лечение.

Хламидии

Лекарствами выбора являются доксициклин и тетрациклин. Из-за большого числа принимаемых таблеток важно следить за тем, как больные выполняют назначения врача. Альтернативные варианты предусматривают приём эритромицина и азитромицина.

РОЛЬ ИНФОРМАЦИИ, ПРОСВЕЩЕНИЯ И ИНФОРМАЦИОННОЙ РАБОТЫ (ИПИР) В БОРЬБЕ С БППП

Наблюдаемый в настоящее время рост заболеваемости БППП частично вызван ростом рискованного полового поведения, также в отношении неизлечимой ВИЧ-инфекции. Следовательно, имеется большая потребность информировать, мотивировать и давать возможность людям практиковать более безопасное половое поведение с помощью многосекторальных усилий. В этих усилиях специалистам по БППП принадлежит важная роль. Они могут оказывать помощь учреждениям, занимающимся пропагандой здоровья, в определении и выделении целевых групп, подвергающихся высокому риску. Они могут пропагандировать безопасный секс в среде больных БППП и их партнёров, а также они могут повысить осведомлённость общественности и пропагандировать политическую приверженность применительно к БППП.

Препятствия для безопасного полового поведения существуют на различных уровнях, включая отсутствие знаний, взгляды и верования, отсутствие навыков и структурные барьеры, не подлежащие контролю индивида, и к ним следует относиться в соответствии с их значимостью. Чрезвычайно необходимо выявлять группы, подвергающиеся наибольшему риску заражения БППП и передачи этой инфекции окружающим, а также оценивать размеры групп для определения приоритетов и для целенаправленного осуществления деятельности по ИПИР. Безопасное половое поведение включает в себя правильное применение презервативов, сокращение числа половых партнёров, взаимную верность, секс без проникновения внутрь и воздержание от половых сношений. Установки должны быть реалистичными для каждой целевой группы, и они должны быть основаны на том принципе, что чем меньше по масштабам требуемые изменения, тем легче их осуществить. Профильные лечебные учреждения по БППП выполняют важную роль в консультировании по вопросам безопасного секса, поскольку больные БППП по определению представляют собой группу высокого риска и обычно их состояние делает их восприимчивыми к советам. Консультирование должно включать в себя обсуждение БППП и схемы лечения, рискованного поведения, более безопасного полового поведения, а также проблем и последствий для партнёров.

И наконец, деятельность по ИПИР должна быть построена таким образом, чтобы стимулировать обращение за медицинской помощью лиц, страдающих БППП, повышать осведомлённость о риске заражения, связанном со своим собственным поведением и с поведением партнёра, о признаках и симптомах, позволяющих предположить наличие инфекции БППП и о возможности того, что человек может быть заражён, даже если у него отсутствуют признаки или симптомы заболевания.

Эпиднадзор за БППП

Задачи эпиднадзора за БППП в том, чтобы оценить размеры проблемы, создаваемой БППП, и отслеживать тенденции, распределение БППП среди групп населения, а также чувствительность (микро)организмов к антибиотикам. Такая информация необходима для определения уровней услуг и ресурсов для борьбы с БППП, для пропаганды политической поддержки, для измерения влияния и усиления выполняемой деятельности, а также для осуществления контроля за диагностическими и терапевтическими процедурами. Механизмы эпиднадзора за БППП должны быть простыми, стабильными и контролируруемыми в качественном аспекте. Они должны уважать права человека и быть объединены с программами по БППП и с общими системами здравоохранения.

Дозорный (выборочный) эпиднадзор может обеспечить высококачественную информацию при низких издержках, и эта информация может быть далее улучшена с помощью специальных обзоров по исследованию распространённости. Добавление к существующим всеобщим системам эпиднадзора в странах СНГ/ННГ точек дозорного эпиднадзора может оказаться чрезвычайно полезным, поскольку нет полной уверенности в стабильности существующей системы, а её охват сократился из-за роста самолечения и лечения в частном секторе.

РОЛЬ ЛАБОРАТОРНЫХ СЛУЖБ В БОРЬБЕ С БППП

Лаборатории принадлежит роль в таких областях, как управление программами, ведение больных и научные исследования. В области управления программами роль лаборатории заключается в проведении эпидемиологических и микробиологических обследований, в осуществлении мониторинга чувствительности микробов к антибиотикам, а также в проведении эпиднадзора. Лаборатории принадлежит основная роль в постановке диагноза, однако следует избегать перерасхода дорогостоящих диагностических тест-систем. Исследовательская роль лаборатории состоит в том, чтобы вносить вклад в разработку новых диагностических тест-систем, новых лекарственных препаратов, а также в осуществлении контроля за качеством и в выполнении диагностических тестов в полевых условиях.

РАЗРАБОТКА НАЦИОНАЛЬНОЙ ПОЛИТИКИ ПО БОРЬБЕ С БППП

Должна существовать твёрдая национальная политика по борьбе с БППП с тем, чтобы обеспечить структуру и руководство для осуществления деятельности, а также политическую приверженность борьбе с БППП. Эта политика должна однозначно уважать права человека. Она должна быть полноценной, включать в себя все элементы, имеющие отношение к первичной профилактике и программированию презервативов, а также к ведению больных, охватывая при этом как государственный, так и частный сектора. Сюда также должен быть включён аспект охраны здоровья матери и ребёнка. Политика должна

устанавливать приоритеты в деятельности, направляя её прежде всего на тех, кто подвергается повышенному риску заражения. Она должна быть реалистичной и основываться на существующих ресурсах. Следует рассматривать более обширный социальный, политический и экономический контексты полового поведения и БППП. Политика должна быть основана на эмпирических свидетельствах результативных мероприятий, и она должна широко приниматься всеми участниками процесса.

Следует включить компоненты, обеспечивающие усиление пропаганды здоровья и прочей деятельности, имеющей целью первичную профилактику, клиническое обслуживание по лечению больных БППП и их контактных лиц, а также активное выявление инфекций посредством установления больных и диспансерного обследования групп высокого риска и уязвимых групп, а также доноров крови и органов. Кроме того, политика должна чётко поддерживать учебную подготовку, предоставление лабораторных услуг, деятельность по проведению научных исследований и эпиднадзора.

ВЫВОДЫ

Все страны-участницы переживают крупные эпидемии болезней, передаваемых половым путём, в особенности сифилиса, который по большей части поражает молодёжь и подростков. Эти эпидемии, по всей видимости - порождение быстрых социальных и экономических перемен, происходящих в последние годы, а также изменившихся в результате этих перемен сексуального поведения, мировоззрения, доступности, приемлемости и эффективности медицинских услуг.

Следует принимать меры для борьбы с этими эпидемиями. Такие действия должны включать в себя тщательную оценку слабых и сильных сторон в существующих системах по борьбе с БППП, а также перераспределение ресурсов между различными областями деятельности. Необходима усиленная пропаганда, нацеленная на верхний эшелон правительства, для выработки понимания проблемы, а также для усиления политической приверженности и поддержки, оказываемой рекомендованным инициативам.

Отсутствие эффективной национальной координации программ пропаганды здоровья в области полового здоровья и профилактики БППП/ВИЧ - это самый главный недостаток при существующем положении.

Далее, клинические службы сталкиваются с повышением рабочей нагрузки и с убывающими ресурсами. Традиционная форма ведения больных, отличающаяся частым стационарированием, регистрацией личных данных при отсутствии конфиденциальности и анонимности, а также серьёзные правовые требования, предъявляемые к больному, становятся непрактичными и неэффективными. Больные всё чаще не желают принимать такие условия, следствием чего является быстрый рост услуг, предоставляемых практикующими медиками и не-медиками за

рамками регулируемых в законном порядке официальных служб, а также развитие самолечения.

Следовательно, первоочередной задачей является сделать официальные службы более доступными и приемлемыми для больных. При этом решающую роль играет признание того, что клинические службы хорошо организованы в том, что касается профессионализма и организационной инфраструктуры, однако же они страдают от серьёзной нехватки средств. Далее, лечение БППП не-дерматовенерологами - это реальность. Поэтому необходимо обеспечить, чтобы все, кто занимается лечением больных с БППП, предоставляли им высококачественную помощь. Обучение дерматовенерологов и прочих специалистов в области полового здоровья в целом проводится на высоком уровне, однако рекомендации совещания, приведённые ниже, создадут необходимость в дополнительной подготовке, которая коснётся более рациональных подходов в области клинического ведения больных и пропаганды укрепления здоровья в рамках клиник БППП-профиля.

Активное выявление заболевших и диспансерный скрининг - это эффективные подходы, позволяющие выявить значительное число лиц, страдающих БППП, в особенности сифилисом. Существующие системы эпиднадзора сослужили хорошую службу, однако изменение эпидемиологических условий и изменение традиционного характера медико-санитарной помощи требуют пересмотра систем и осуществления новых инициатив. Существующее законодательство в отношении борьбы с БППП считается по большей части неконструктивным в отношении борьбы с текущими эпидемиями.

РЕКОМЕНДАЦИИ

- 1) Правительства должны в срочном порядке свести воедино все заинтересованные образовательные и медицинские учреждения для разработки стратегии по быстрому развитию пропаганды полового здоровья. Эта стратегия призвана:
 - функционально интегрировать деятельность по пропаганде здоровья, осуществляемую соответствующими программами по БППП и программами по ВИЧ/СПИДу,
 - выделять в качестве объектов деятельности подростков и молодёжь, как учащихся, так и не учащихся, а также другие уязвимые группы, например мужчин-гомосексуалистов, мужчин и женщин, использующих секс в коммерческих целях, и их клиентов,
 - разрабатывать соответствующие рабочие определения и практические шаги, призванные обеспечить эффективное взаимодействие с лицами, вовлечёнными в секс-индустрию, и с мужчинами-гомосексуалистами,
 - быть частью общих программ по пропаганде и укреплению здоровья,

- включать в себя компоненты, обеспечивающие просвещение людей в отношении применения презервативов, рекламировать такое применение, а также обеспечивать наличие и доступность презервативов и смазки для тех, кто в них нуждается,
 - использовать наилучшие виды деятельности в области массовой информации, обучения себе подобных и расширенного охвата, привлекать авторитет и влияние основных лидеров общественного мнения в общинах и использовать в полной мере потенциал неправительственных организаций.
- 2) Должна быть незамедлительно создана система обслуживания по профилю БППП с полным сохранением врачебной тайны, где больных не будут заставлять сообщать своё имя и адрес ни на этапе диагностирования, ни в процессе лечения.
- 3) В рамках всех учреждённых законом служб следует перейти от стационарного лечения к амбулаторному, в особенности применительно к ведению больных сифилисом.
- 4) Следует пересмотреть методические указания и руководства по ведению больных с целью:
- по мере возможности обеспечить лечение в день обращения и упростить порядок последующего диспансерного наблюдения,
 - обеспечить рациональное использование диагностических тест-систем в работе с больными,
 - разработать синдромные подходы к диагностированию и ведению больных в качестве альтернативы для тех случаев, когда не имеется специфического диагноза,
 - разработать протоколы лекарственного лечения, основанные на местной информации об эффективности и, по мере возможности, с применением воспроизведённых лекарственных средств,
 - разработать пути, позволяющие обеспечить, чтобы лица, находящиеся в контакте, и половые партнёры приходили для обследования и лечения, гарантируя при этом уважение прав как самого больного, так и контактирующих с ним лиц.
- 5) Правительства должны в срочном порядке найти и выделить надлежащие средства.
- 6) Надлежит ввести системы лицензирования с целью обеспечить регулирование и контроль в отношении частных услуг по линии БППП.
- 7) Надлежит разработать механизмы, повышающие роль дерматовенерологов кожно-венерологических служб в предоставлении специализированных

услуг лицам, направляемым к ним другими учреждениями или клиницистами.

- 8) Следует продолжать проведение диспансерных обследований беременных женщин и прочих клинических и профессиональных групп, которые включены в существующие программы, но лишь при полном соблюдении врачебной тайны в отношении этих лиц.
- 9) Следует регулярно пересматривать списки групп населения, подлежащих диспансерному скринингу, в частности в свете эпидемиологической информации, которая может дать более совершенные определения для групп, подвергающихся особенному риску.
- 10) Обучение дерматовенерологов и прочих специалистов в области полового здоровья на начальном и выпускном этапах подготовки следует видоизменить с тем, чтобы туда вошли более значительные и существенные компоненты, посвящённые укреплению и пропаганде здоровья, этике взаимоотношений между врачом и пациентом, а также врачебной тайне.
- 11) Дерматовенерологи и их организации должны срочно искать новые пути, позволяющие им делиться своими знаниями и навыками с другими клиническими специалистами и представителями медицинской профессии, которые непосредственно не работают в области полового здоровья, но могут наблюдать больных с БППП.
- 12) Следует сохранить систему всеобъемлющего эпиднадзора на государственном уровне, но внести в неё упрощения в виде безымянного учёта случаев заболеваний.
- 13) Следует ввести в действие и оценить пробные схемы дозорного эпиднадзора в нескольких кожно-венерологических диспансерах (клиниках) и в других медико-санитарных учреждениях, где часто бывают пациенты с БППП.
- 14) Исходя из опыта, полученного при осуществлении пробных схем дозорного эпиднадзора, следует рассмотреть возможность более общего и широкого внедрения точек дозорного эпиднадзора как внутри кожно-венерологических служб, так и за их пределами.
- 15) Лабораторные службы должны по-прежнему играть основную роль, оказывая поддержку кожно-венерологическим службам посредством контроля качества, определения чувствительности организмов к антибиотикам, а также развития диагностики. Помимо этого, лабораторные службы должны по-прежнему играть основную роль в активном выявлении заболевших.
- 16) В области научных исследований и разработок должны быть следующие приоритеты:

- население, с особым упором на группы, считающиеся особенно уязвимыми,
 - научные исследования, призванные оценить стратегии пропаганды и укрепления здоровья,
 - эпидемиологические научные исследования, связывающие социальные, демографические и поведенческие факторы с риском БППП,
 - оценка синдромных подходов к диагнозу и лечению в службах различных уровней,
 - оценка и развитие дозорного эпиднадзора.
- 17) Безотлагательно приоритет необходимо отдать совершенствованию взаимодействия между медицинскими работниками всех профилей, государственными и неправительственными организациями, а также населением в целом и уязвимыми социальными группами в частности. Надлежит использовать уже существующие журналы и другие каналы передачи информации, а также разрабатывать дополнительные новаторские пути для повышения коммуникабельности.
- 18) Следует в срочном порядке изменить законодательство в отношении борьбы с БППП, сделав его менее жестоким при одновременном сохранении прав личности, которая может подвергнуться риску заражения от людей, которым поставлен диагноз БППП.
- 19) Надлежит организовывать форумы, позволяющие странам обмениваться опытом в области разработки программ и внедрения новшеств, в конечном счёте в рамках региональной постоянно действующей конференции по борьбе с БППП в Восточной Европе под эгидой международных организаций здравоохранения.

Приложение 1

СПИСОК УЧАСТНИКОВ

БЕЛАРУСЬ

Д-р Валентин Панкратов
Главный специалист-дерматовенеролог, Министерство здравоохранения, г. Минск

Д-р Юрий Салук
Главный врач Городского кожвендиспансера, г. Минск

Д-р Николай Важник
Зам. начальника Главного управления лечебно-профилактической помощи,
Министерство здравоохранения, г. Минск

КАЗАХСТАН

Д-р З.Кешилева
Директор Казахского института дерматовенерологии Министерства
здравоохранения, г. Алма-Ата

Д-р Е.М.Мусин
Начальник Управления лечебно-профилактической помощи, Министерство
здравоохранения, г. Алма-Ата

ЛАТВИЯ

Д-р Илзе Якобсоне (Председатель)
Директор Государственного Центра по БППЦ, г. Рига

Д-р Инесе Витола
Практикующий дерматовенеролог, г. Рига

РЕСПУБЛИКА МОЛДОВА

Д-р Стефан Георгица
Руководитель Республиканского центра по профилактике и борьбе со СПИДом,
г. Кишинёв

Д-р Андрей Герман
Главный врач Республиканского кожно-венерологического диспансера, г. Кишинёв

Д-р Татьяна Тий
Руководитель Отдела лабораторной диагностики,
Республиканский кожно-венерологический диспансер, г. Кишинёв

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Д-р Г.А.Дмитриев

Заведующий отдела микробиологии, Центральный научно-исследовательский кожно-венерологический институт Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, г.Москва

Д-р Лидия И.Тихонова

Главный специалист по дерматовенерологии,
Министерство здравоохранения и медицинской промышленности Российской Федерации, г.Москва

УКРАИНА

Профессор Лидия Калужная

Главный дерматовенеролог, Министерство здравоохранения Украины, г.Киев

Профессор Владимир Коляденко

Заведующий кафедрой дерматовенерологии, Украинский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Украины, г.Киев

ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ

Профессор К.К.Борисенко

"САНАМ", г.Москва, Российская Федерация

Профессор А.Meheus

Кафедра эпидемиологии, Антверпенский университет, г.Антверпен, Бельгия

Д-р Adrian Renton (Докладчик)

Старший преподаватель здравоохранения, Медицинская школа Королевского колледжа Святой Марии, г.Лондон, Великобритания

Д-р Jorge Torgal

Ministério da Saude, Direccao-Geral da Saude, Lisbon, Portugal

ВРЕМЕННЫЕ КОНСУЛЬТАНТЫ (ПЕРЕВОДЧИКИ)

Г-н Игорь Гусаков

Центральный институт эпидемиологии Российской Федерации, г.Москва

Г-н Андрей Цыбенко

Центральный институт эпидемиологии Российской Федерации, г.Москва

UNAIDS

Д-р Рудик Адамян
Сотрудник Программы ЮНАЙДС, Алма-Ата

Д-р Johannes van Dam
Консультант по БППП, ЮНАЙДС, Женева

Д-р Лев Ходакевич
Сотрудник Программы ЮНАЙДС, г. Киев

ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ*Европейское региональное бюро*

Д-р Sieghart Dittmann
Координатор, Отдел инфекционных болезней

Д-р Александр Громыко
Региональный советник по ВИЧ/СПИДу, Отдел инфекционных болезней

Henning Mikkelsen
Временный специалист, Отдел инфекционных болезней

Alice Schaumburg
Секретарь, Отдел инфекционных болезней

Штаб-квартира

Д-р Antonio Gerbase
Отдел ВИЧ/СПИДа и болезней, передаваемых половым путём