



ВСЕМИРНАЯ ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

ПЯТЬДЕСЯТ ДЕВЯТАЯ СЕССИЯ
ВСЕМИРНОЙ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
Пункт 11.6 предварительной повестки дня

A59/11
18 мая 2006 г.

Профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними: проект

Доклад Секретариата

1. В резолюции WHA53.14 Ассамблея здравоохранения предложила Генеральному директору разработать глобальную стратегию сектора здравоохранения по действиям в ответ на эпидемии ВИЧ/СПИДа и инфекций, передаваемых половым путем. В 2003 г. Ассамблея здравоохранения утвердила резолюцию WHA56.30, где приняла к сведению глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу¹. На следующий год в резолюции WHA57.12 Ассамблея одобрила стратегию по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития, связанных с репродуктивным здоровьем. Настоящий проект глобальной стратегии по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними на 2006-2015 гг.² представляется в качестве следующего шага в ответ на просьбу, содержащуюся в резолюции WHA53.14.

2. Проект стратегии был разработан в результате комплексного и широкого процесса, проводимого во всех регионах с представителями министерств здравоохранения, неправительственными организациями, партнерами систем Организации Объединенных Наций, частным сектором здравоохранения и другими ключевыми участниками. Этот процесс был начат в 2002 г. с изложения в общих чертах ключевых элементов новой стратегии. Во второй половине 2004 г. первый проект подвергся обсуждению в ходе консультаций во всех регионах, после которых была проведена глобальная консультация для рассмотрения и сведения воедино всех элементов в один рабочий проект. Полученный в результате этого проект, включавший в себя рекомендации всех консультаций и рекомендации членов консультативных групп ВОЗ по гендерным вопросам и по инфекциям, передаваемым половым путем, включая инфекции, вызываемые вирусом иммунодефицита человека, был помещен на веб-сайте ВОЗ в феврале 2006 г. для обсуждения государствами-членами и представления комментариев. Окончательный проект принимает во внимание полученные комментарии и дополняет глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу. В проекте признается, что профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба с ними являются стержневыми аспектами сексуального и репродуктивного здоровья, как указано в

¹ Резюме, см. документ WHA56/2003/REC/1, Приложение 5.

² Документ A59/11 Add.2.

стратегии по ускорению хода работы в направлении достижения целей и задач в области международного развития, связанных с репродуктивным здоровьем.

3. Многие из более чем 30 бактериальных, вирусных и паразитарных патогенов, передаваемых половым путем, включая ВИЧ, передаются, главным образом, при половых сношениях. Некоторые также передаются через зараженные продукты крови, передачу тканей и от матери ребенку во время беременности, деторождения и грудного кормления. ВОЗ считает, что ежегодно во всем мире более 340 миллионов мужчин и женщин от 15 до 49 лет впервые инфицируются распространенными бактериальными и протозойными инфекциями, передаваемыми половым путем (то есть сифилисом, гонореей, хламидийными половыми инфекциями и трихомонозом). Инфекции, передаваемые половым путем, могут происходить бессимптомно или с мягкими и преходящими симптомами, однако они могут вызывать тяжелые долгосрочные последствия, такие как: бесплодие, внематочную беременность, хронические болезни и преждевременную смерть. У неродившихся и новорожденных детей хламидийные инфекции, гонорея и сифилис могут вызывать тяжелые и часто угрожающие жизни последствия, включая врожденные заболевания, пневмонию и низкий вес при рождении. Инфекция вирусом папилломы человека увеличивает вероятность развития рака шейки матки, являющегося второй ведущей причиной смертности женщин во всем мире от онкологических заболеваний, ежегодно уносящих жизни 240 000 женщин¹. В обеспечении правильного и эффективного лечения играет важную роль правильное диагностирование инфекций, передаваемых половым путем.

4. Инвестирование в борьбу против инфекций, передаваемых половым путем, приносит четыре главных результата. Во-первых, борьба против инфекций снижает огромное бремя заболеваемости и смертности, вызываемых инфекциями, передаваемыми половым путем, как в странах, испытывающих нехватку ресурсов, так и в развитых странах, как непосредственно в силу своего воздействия на качество жизни, сексуальное и репродуктивное здоровье, а также здоровье детей, так и косвенным образом, в силу влияния на национальные и индивидуальные хозяйства. Во-вторых, профилактика ВИЧ выгодна; другие инфекции, передаваемые половым путем, усиливают половую передачу ВИЧ; в особенности, герпес половых органов и язвы половых органов в целом повышают риск передачи ВИЧ при однократном половом сношении без презерватива в 50-300 раз. В-третьих, эти инвестиции позволяют предупредить серьезные осложнения, такие как трудное бесплодие, рак шейки матки и материнская смертность. И наконец, эти инвестиции помогают снизить количество неблагоприятных исходов беременности, таких как мертворождение и перинатальная смертность, вызываемая сифилисом, а также слепота, вызываемая гонококковыми и хламидийными инфекциями.

5. Инфекции, передаваемые половым путем, могут быть поставлены под контроль при условии мобилизации политической воли и ресурсов, достаточных для того, чтобы инициировать и поддерживать деятельность на критическом уровне. В условиях ограниченных ресурсов и в странах, весьма различных, таких как Таиланд и Уганда, а

¹ Доклад о состоянии здравоохранения в мире, 2004 г.: *Изменить ход истории*. Женева, Всемирная организация здравоохранения, 2004 г.

также в других странах, таких как Дания, Швеция и Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии, можно найти некоторые успешные примеры. В борьбе против эпидемии ВИЧ/СПИДа в настоящее время появились новые партнеры, ресурсы, новые технологии и обширный опыт. Профилактика, включая своевременное и эффективное лечение инфекций, передаваемых половым путем, должна являться основной платформой действий против инфекций ВИЧ и СПИДа, как говорится в резолюции Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций 2001 г., о принятии Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом¹. Другим аспектом профилактики является вакцинация. Существует безопасная и эффективная вакцина против гепатита В и использование ее в национальных программах иммунизации поможет предупреждению в передаче вируса гепатита В половым путем и снизить распространенность последующей болезни печени. Многообещающе выглядят кандидатные профилактические вакцины против инфекции вирусом папилломы человека. Следует подумать о том, чтобы включить в национальные программы иммунизации успешные вакцины, для того чтобы обеспечить защиту подростков еще до того, как они вступят в период сексуальной активности. Борьба против инфекций, передаваемых половым путем, должна включаться в качестве решающего элемента национальных стратегий профилактики и ухода при инфекции ВИЧ.

6. Борьба против инфекций, передаваемых половым путем, наталкивается на четыре основных препятствия. Во-первых, незнание и недостаток информации способствуют живучести неправильных представлений, и связанной с этими представлениями стигматизации. Последняя, в свою очередь, обуславливает нежелание пациентов стремиться к необходимому лечению, к затруднениям, препятствующим информировать об инфекции сексуальных партнеров и к предпочтению обращаться за лечением в частный сектор, который нередко находится не на должном уровне. Эта проблема в особенности ощутима в условиях недостатка ресурсов, а также и в отношении маргинальных групп населения. Во-вторых, асимптоматический характер большинства инфекций, передаваемых половым путем, и отсутствие программ скрининга или быстрых недорогих диагностических тестов означает, что широкие слои населения подвержены нераспознанным хроническим инфекциям и долгосрочным последствиям инфекций, оставшихся невылеченными. В-третьих, на политическом уровне стигматизация, предрассудки и недостаточное понимание бремени инфекций, передаваемых половым путем, ведут к недостаточному финансированию мер борьбы. И наконец, усилия, направленные на объединение лечения инфекций, передаваемых половым путем, с мерами по охране репродуктивного здоровья при участии частного сектора оказались более сложными, чем это ожидалось.

7. Проект стратегии создает рамки, направляющие и ускоряющие глобальные ответные меры в области профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, на основе двух решающих оперативных элементов:

- (а) технический компонент, который предусматривает основные мероприятия по борьбе против инфекций, передаваемых половым путем, охватывает такие аспекты,

¹ Резолюция S-26/2 Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций.

как охрана здоровья подростков, асимптоматические инфекции у женщин и помощь группам населения, подверженных значительному риску инфекции, но не имеющих необходимого доступа к службам здравоохранения. Эта часть стратегии должна приводиться в соответствие с условиями каждого региона или страны;

(b) пропагандистский компонент, направленный посредством глобальных и национальных кампаний на повышение осведомленности в отношении инфекций, передаваемых половым путем, и укрепление политической решимости решать эту проблему.

8. Страны будут выбирать необходимые действия, предлагаемые в проекте стратегии для их осуществления или активизации, исходя из их целесообразности и поддающейся измерению эффективности расходуемых средств. Эти действия могут предусматривать: расширение доступа к диагностике и эффективному лечению инфекций, передаваемых половым путем, посредством синдромного ведения в пунктах первичной медико-санитарной помощи, с проведением лабораторных анализов или без них; обучение или повышение квалификации медико-санитарного персонала в области методов, "ориентированных на клиента"; проведение соответствующих данной стране мероприятий, направленных на те группы населения, которые подвержены повышенному риску инфекции; повышение осведомленности и навыков молодых людей посредством обучения и консультирования в области сексуального здоровья в целях профилактики инфекций; расширение тестирования на сифилис и лечение сифилиса у беременных женщин в пунктах оказания помощи; усиление наблюдения за ВИЧ-инфицированными во втором поколении, осуществляя одновременно биомедицинский и поведенческий надзор за инфекциями, передаваемыми половым путем, с целью мониторинга за эпидемиями этих инфекций, а также ВИЧ/СПИДа; и проведение сбора и анализа данных наряду с обследованиями обслуживания в целях контроля в отношении ответных мер и бремени болезней.

9. Проект стратегии исходит из наличия благоприятствующей обстановки, в частности приверженности правительств, а также национальных и международных партнеров; наличие необходимых ресурсов; внедрение эффективных программ, которые учитывают культурные и гендерные элементы, а также проблемы, возникающие в связи со стигматизацией; и координированные ответные меры. В данном контексте был намечен к расширению ряд высокоприоритетных мер, выбранных на основе фактических данных, о результативности и осуществимости, и были предложены графики выполнения и конечные цели.

ДЕЙСТВИЯ АССАМБЛЕИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

10. Ассамблее здравоохранения предлагается рассмотреть вопрос о принятии следующего проекта резолюции.

Пятьдесят девятая сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения,

рассмотрев глобальную стратегию по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и борьбе с ними¹;

напоминая о резолюции WHA46.37, в которой признается роль других болезней, передаваемых половым путем, в распространении ВИЧ; о резолюции WHA53.14, в которой Генеральному директору предлагается разработать глобальную стратегию сектора здравоохранения по действиям в ответ на эпидемии ВИЧ/СПИДа и инфекций, передаваемых половым путем; о резолюции WHA56.30, которая принимает к сведению глобальную стратегию сектора здравоохранения по ВИЧ/СПИДу и о резолюции WHA57.12, в которой поддерживается стратегия по ускорению хода работы в направлении достижения международных целей и задач в области развития, связанных с репродуктивным здоровьем;

признавая и вновь подтверждая, что на Всемирном саммите 2005 г. (Нью-Йорк, 14-16 сентября 2005 г.) мировые лидеры заявили о своей приверженности делу достижения всеобщего доступа к репродуктивному здоровью к 2015 г. и о включении этой цели в стратегии по достижению международно согласованных целей развития, включая цели, содержащиеся в Декларации тысячелетия, и что достижение Целей тысячелетия в области развития требует инвестиций и политической приверженности вопросам сексуального и репродуктивного здоровья, к числу которых относятся профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и борьба против них²:

1. ПОДДЕРЖИВАЕТ глобальную стратегию по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и борьбе против них;

2. ПРИЗЫВАЕТ государства-члены:

(1) принять стратегию и придерживаться ее в своей работе, обеспечивая такое положение, чтобы национальные усилия по достижению Целей тысячелетия в области развития, предусматривали планы и действия, соответствующие местной эпидемиологической ситуации в целях профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбу против них, включая мобилизацию политической приверженности и финансовых ресурсов для этой цели;

¹ Документ A59/11, Приложение.

² Генеральная Ассамблея Организации Объединенных Наций, резолюция 60/1.

(2) сделать профилактику инфекций, передаваемых половым путем, а также борьбу против них неотъемлемой частью программ профилактики ВИЧ и сексуального и репродуктивного здоровья;

(3) осуществлять мониторинг выполнения национальных планов, с тем чтобы группы населения, подверженные большому риску инфекций, передаваемых половым путем, имели доступ к информации и медико-санитарным изделиям профилактического назначения, а также к своевременной диагностике и лечению;

3. ПРЕДЛАГАЕТ Генеральному директору:

(1) подготовить в сотрудничестве с другими организациями системы Организации Объединенных Наций план действий, в котором были бы изложены приоритеты, действия, графики работы и показатели эффективности, касающиеся осуществления стратегии на глобальном и региональном уровнях, а также обеспечить на уровне стран поддержку выполнения и мониторинга в отношении национальных планов по борьбе против инфекций, передаваемых половым путем, и по их профилактике;

(2) усиливать осведомленность государств-членов относительно важности разработки, продвижения и финансирования благоприятствующего законодательства, планов и стратегий по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, и по борьбе против них;

(3) предоставить по их просьбе поддержку государствам-членам в адаптации и осуществлении стратегии такими методами, которые соответствуют местной эпидемиологической ситуации в отношении инфекций, передаваемых половым путем, а также в оценке ее влияния и эффективности;

(4) представить через Исполнительный комитет доклад о ходе работы по осуществлению стратегии Ассамблеи здравоохранения в 2009 г., 2012 г. и в 2015 году.

ПРИЛОЖЕНИЕ

**ПРОЕКТ ГЛОБАЛЬНОЙ СТРАТЕГИИ ПРОФИЛАКТИКИ ИНФЕКЦИЙ,
ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, И БОРЬБЫ С НИМИ,
2006—2015 гг.**

СОДЕРЖАНИЕ

ПРЕДИСЛОВИЕ	9
ФАКТЫ И ЦИФРЫ	11
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И АКРОНИМОВ	12
1. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ	12
1.1 ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ.....	13
1.2 ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ИНВЕСТИРОВАНИЯ СЕГОДНЯ СРЕДСТВ В ПРОФИЛАКТИКУ ИППП И БОРЬБУ С НИМИ.....	16
1.2.1 Остановить распространение ВИЧ-инфекции.....	16
1.2.2 Предотвратить тяжелые осложнения у женщин	17
1.2.3 Предотвратить перинатальные осложнения	18
1.2.4 Предупреждение неблагоприятных исходов беременности	18
1.3 ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИНЯТИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР	18
1.3.1 Экономичные меры профилактики ВИЧ-инфекции	18
1.3.2 Новые партнерства	19
1.3.3 Новые технологии для усиления ответных мероприятий.....	19
1.3.4 Подход к профилактике ИППП и борьбе с ними с позиций общественного здравоохранения	21
1.3.5 Пропаганда использования презервативов среди групп высокорискованного поведения и населения в целом.....	23
1.3.6 Препятствия на пути оказания услуг в рамках борьбы с ИППП	23
2. ЦЕЛИ И СФЕРА ДЕЙСТВИЯ СТРАТЕГИИ	25
2.1 НАЗНАЧЕНИЕ И ЗАДАЧИ	25
2.2 ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ.....	26
2.3 РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ	26
2.4 ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ОТВЕТНЫХ МЕР	28
3. ТЕХНИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ: РАЗВИТИЕ УСПЕХА, ДОСТИГНУТОГО В ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП И БОРЬБЕ С НИМИ	29
3.1 ДИНАМИКА ПЕРЕДАЧИ ИППП.....	29
3.2 ПРОФИЛАКТИКА ИППП И БОРЬБА С НИМИ	30
3.2.1 Пропаганда здорового пологоповедения.....	32
3.2.2 Обеспечение презервативов и других барьерных методов.....	33
3.2.3 Обеспечение профилактики и лечения ИППП	34
3.2.4 Доступ к лекарственным и соответствующей технологии.....	38
3.2.5 Расширение деятельности	39
3.3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПОЛИТИКИ И ПРОГРАММ.....	40

3.3.1 Эпидемиологический надзор	40
3.3.2 Мониторинг и оценка	42
3.4 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПРОГРАММАМИ И ПАРТНЕРАМИ	44
3.4.1 Медицинские программы госсектора	44
3.4.2 Частный сектор	50
3.4.3 Привлечение общественности	51
3.4.4 Другие партнеры	52
3.5 УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ	52
3.5.1 Доступ к службам профилактики и лечения ИППП	53
3.5.2 Обеспечение качества	54
3.5.3 Финансирование	57
3.5.4 Кадровая работа	58
3.5.5 Лабораторная поддержка программ	59
3.5.6 Управление закупками и материально-техническим обеспечением	61
3.6 ПРИОРИТЕТНЫЕ НАПРАВЛЕНИЯ ДЛЯ НЕМЕДЛЕННЫХ ДЕЙСТВИЙ	62
3.6.1 Качественное ведение больных с ИППП	62
3.6.2 Доступ к основным лекарственным средствам и изделиям	63
3.6.3 Мероприятия в группах высокого риска и уязвимых группах населения	63
3.6.4 Эпиднадзор и сбор данных	68
3.6.5 Интегрированный подход к воплощению стратегии: разделение ответственности	68
4. СТРАТЕГИЯ ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ: МОБИЛИЗАЦИЯ ПОЛИТИЧЕСКИХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ЛИДЕРОВ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ	70
4.1 Информационно-разъяснительная работа	70
4.2 Работа со средствами массовой информации	70
4.3 Налаживание эффективных партнерств	71
4.4 Мобилизация финансовых ресурсов	72
ССЫЛКИ	73

ПРЕДИСЛОВИЕ

Около миллиона человек ежедневно заражаются какой-нибудь инфекционной болезнью, передаваемой половым путем (ИППП), в т.ч. вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ). Результатами инфицирования являются острые симптомы, хронические инфекции и такие тяжелые отдаленные последствия, как бесплодие, внематочная беременность, рак шейки матки, а также безвременная смерть грудных детей и взрослых. В случаях приобретения других ИППП, например сифилиса, мягкого шанкра или вируса простого герпеса, значительно возрастает риск заражения или передачи ВИЧ. Новые исследования свидетельствуют о наличии ярко выраженной взаимосвязи между ВИЧ-инфекцией на ранней стадии и другими ИППП, которая возможно является причиной 40 или более процентов случаев передачи ВИЧ. Несмотря на эти данные, за последние пять лет утрачен темп усилий по борьбе с распространением ИППП, так как акцент сместился на ВИЧ-терапию.

Профилактика ИППП и борьба с ними должны являться неотъемлемой частью комплексных услуг по обеспечению сексуального и репродуктивного здоровья, чтобы способствовать достижению Целей тысячелетия в области развития и отреагировать на призыв об укреплении сексуального и репродуктивного здоровья, сформулированный Международной конференцией ООН по народонаселению и развитию (Каир, 1994 г.).

Проект Глобальной стратегии профилактики ИППП и борьбы с ними, 2006—2015 гг. содержит два компонента – технический и информационно-разъяснительный. В технической части стратегии рассматриваются методы содействия утверждению безопасного полового поведения, методы барьерной защиты, эффективная и доступная помощь при ИППП, а также совершенствование мониторинга и оценки программ борьбы с ИППП. Разъясняются необходимые шаги по созданию технического потенциала систем здравоохранения для реализации программы. Акцентирован отход с позиций общественного здравоохранения, основанный на убедительных научных данных и принципах экономической эффективности.

В проекте стратегии приводятся убедительные доводы в пользу более широкого предоставления качественной помощи больным ИППП в учреждениях первичной медико-санитарной помощи, службах сексуального и репродуктивного здоровья и службах помощи при ВИЧ. В ней особо выделены возможности для расширения охвата благодаря сотрудничеству с другими государственными секторами и с общинными организациями и частными провайдерами.

Наибольшая частота ИППП отмечена среди маргинальных групп населения, чей доступ к медицинской помощи сопряжен с особыми проблемами. Обеспечить уровень поддержки, позволяющий наладить эффективное обслуживание этих групп, особенно сложно, хотя это принесет общественному здравоохранению существенный положительный эффект.

Раздел по информационно-разъяснительной работе содержит рекомендации для руководителей программ по подходам к мобилизации политической приверженности на высоком, являющейся важной основой для ускорения принятия ответных мер.

Во всем мире основным способом передачи ВИЧ является половой, из чего следует, что он является инфекционной болезнью, передаваемой половым путем, хотя существует и другие пути передачи этого вируса. В результате проведения за прошедшие годы многочисленных эпидемиологических и биологических исследований были получены данные о том, что в случае инфицирования человека другими ИППП они действуют в роли кофакторов заражения или передачи ВИЧ, что породило распространенное утверждение "ИППП облегчают передачу ВИЧ", из-за которого может сложиться представление о том, что сам по себе ВИЧ не является ИППП.

Всякий раз, когда в этом документе используется приведенная фраза "ИППП облегчают передачу ВИЧ", ее следует понимать в том смысле, что речь идет об ИППП помимо ВИЧ. При необходимости большей ясности используются фразы "другие ИППП" или "ИППП помимо ВИЧ". Как правило, стратегии и мероприятия по предупреждению передачи ВИЧ столь же эффективны и в отношении других ИППП.

ФАКТЫ И ЦИФРЫ

Ежегодно в мире возникает более 340 миллионов новых случаев бактериальных и протозойных ИППП.

До 40% женщин с нелеченной гонококковой или хламидийной инфекцией приобретут воспалительные заболевания таза. У каждой четвертой из них разовьется бесплодие.

У женщин с нелеченым ранним сифилисом 25% беременностей закончатся мертворождением, 14% — смертью новорожденного, то есть общая перинатальная смертность приближается к 40%. В Африке, например, распространенность сифилиса среди беременных составляет 4%—15%.

В условиях ограниченных ресурсов новые вакцины против вируса папилломы человека могли бы ежегодно предотвращать примерно 240 000 преждевременных случаев смерти женщин от рака шейки матки.

Ежегодно в мире от глазных инфекций, которые могут быть объяснены нелеченной гонококковой или хламидийной инфекцией у матерей, слепнут до 4000 новорожденных.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И АКРОНИМОВ

ВЗТ	воспалительные заболевания таза
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ВПГ	вирус простого герпеса
ДКТ	добровольное консультирование и тестирование
ЗППП	заболевания, передаваемые половым путем
ИПТ	инфекции полового тракта
ИППП	инфекции, передаваемые половым путем
МКНР	Международная конференция по народонаселению и развитию
МСМ	мужчины, вступающие в сексуальные контакты с мужчинами
ООН	Организация Объединенных Наций
ПДАА	план, действие, анализ и активизация»
ПМР	передача инфекции от матери ребенку
ПРООН	Программа развития ООН
РНК	рибонуклеиновая кислота
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
ЦТР	Цели тысячелетия в области развития
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН в области народонаселения
ЮНЭЙДС	Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу
DALY	год жизни, скорректированный на инвалидность
GFATM	Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией

1. ИНФЕКЦИИ, ПЕРЕДАВАЕМЫЕ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ: ПРОБЛЕМА ОБЩЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

1.1 ГЛОБАЛЬНОЕ БРЕМЯ

Половым путем передаются более 30 бактериальных, вирусных и паразитарных патогенных возбудителей (1). Хотя заражение инфекционными болезнями, передаваемыми половым путем (ИППП), в основном происходит при половых сношениях, передача также возможна от матери ребенку во время беременности и родов, при переливании крови и ее продуктов или трансплантации тканей, а также изредка другими неполовыми путями. ИППП, включающие инфекцию вируса иммунодефицита человека (ВИЧ), которая приводит к синдрому приобретенного иммунодефицита (СПИДу), уже многие годы признаются в качестве важнейшей проблемы общественного здравоохранения. Некоторые из наиболее распространенных патогенов, передаваемых половым путем, и вызываемых ими болезней представлены в таблице 1.

По оценкам, ежегодно во всем мире более 340 миллионов мужчин и женщин в возрасте 15—49 лет заболевают излечимыми ИППП, то есть *Treponema pallidum* (сифилисом), *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Trichomonas vaginalis*, причем наибольшая их доля приходится на регион Южной и Юго-Восточной Азии, за которым следуют Африка к югу от Сахары, Латинская Америка и Карибский бассейн (2). Ежегодно миллионы человек также заражаются вирусными ИППП, которые вызваны главным образом ВИЧ-инфекцией, вирусом простого герпеса, вирусом генитальной папилломы человека и вирусом гепатита В. В мировом масштабе ИППП представляют огромное бремя для здоровья и экономики, особенно в развивающихся странах, где на долю ИППП приходится 17% экономических потерь, обусловленных плохим состоянием здоровья (3).

- Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса типа 2 (ВПГ-2), является ведущей причиной язв половых органов в развивающихся странах. Согласно данным из стран Африки к югу от Сахары, им инфицированы 30—80% женщин и 10%—50% мужчин. Распространенность ВПГ-2 среди женщин Центральной и Южной Америке составляет 20—40% женщин. В развивающихся странах Азии распространенность ВПГ-2 среди всего населения колеблется от 10 до 30%. В США распространенность ВПГ-2 среди лиц в возрасте 14—49 лет составляет 19% (4). Во всем мире серопозитивность ВПГ-2 неизменно выше среди женщин, чем среди мужчин, и увеличивается с возрастом (5). ВПГ-2 играет важную роль в передаче ВИЧ-инфекции. Исследование, проведенное в Мванзе (Объединенная Республика Танзания), показало, что 74% случаев заражения ВИЧ у мужчин и 22% у женщин могут быть отнесены к ВПГ-2 (6).
- Вирус папилломы человека (ВПЧ) — еще один важный вирусный возбудитель, передаваемый половым путем. Ежегодно он вызывает около 500 000 случаев рака шейки матки с 240 000 летальных исходов, в основном в странах с ограниченными ресурсами (7-9).

- Вирус гепатита В, который может передаваться половым путем и при использовании общих игл для инъекций, при переливании крови, а также от матери ребенку, вызывает по оценкам 350 миллионов случаев заболевания хроническим гепатитом и по крайней мере 1 миллион случаев смерти в год от цирроза и рака печени (10). Существует вакцина для предупреждения гепатита В и, тем самым, снижения заболеваемости раком печени (11, 12).

Учитывая социальные, демографические и миграционные тенденции, очевидно, что ИППП будут угрожать все большему числу людей. Наибольшее бремя ИППП несут развивающиеся страны, однако можно ожидать, что и развитые страны будут испытывать все большее бремя этих болезней в связи с распространенностью неизлечимых вирусных ИППП, тенденциями полового поведения и ростом поездок. ИППП и их осложнения причиняют значительный социально-экономический ущерб, входя в десятку наиболее частых причин обращения за медицинской помощью в большинстве развивающихся стран, и съедая существенную часть как национальных бюджетов здравоохранения, так и семейных доходов. На лечение осложнений ИППП уходит крупная доля затрат на высокоспециализированную медицинскую помощь в виде выявления и лечения рака шейки матки, лечения болезней печени, обследований при бесплодии, лечении перинатальных заболеваний, детской слепоты, легочных заболеваний у детей и хронической боли в области таза у женщин. Социальные издержки ИППП включают конфликты между половыми партнерами и насилие в семье. С учетом кофакторного воздействия других ИППП на передачу ВИЧ издержки оказываются еще более значительными.

Таблица 1. Основные возбудители ИППП и заболевания, которые они вызывают

Возбудитель	Клинические проявления и осложнения
Бактериальные инфекции	
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	<p>ГОНОРЕЯ Мужчины: выделения из мочеиспускательного канала (уретрит), эпидидимит, орхит, бесплодие. Женщины: цервицит, эндометрит, сальпингит, воспалительные заболевания таза, бесплодие, преждевременное излитие околоплодных вод, перигепатит. Оба пола: проктит, фарингит, диссеминированная гонококковая инфекция. Новорожденные: конъюнктивит, рубцевание роговицы, слепота.</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i>	<p>ХЛАМИДИЙНАЯ ИНФЕКЦИЯ Мужчины: выделения из мочеиспускательного канала (уретрит), эпидидимит, орхит, бесплодие. Женщины: цервицит, эндометрит, сальпингит, воспалительные заболевания таза, бесплодие, преждевременное излитие околоплодных вод, перигепатит; нередко инфекция протекает бессимптомно. Оба пола: проктит, фарингит, синдром Рейтера. Новорожденные: конъюнктивит, пневмония.</p>
<i>Chlamydia trachomatis</i> (штаммы L1-L3)	ВЕНЕРИЧЕСКАЯ ЛИМФОГРАНУЛЕМА
<i>Treponema pallidum</i>	<p>Оба пола: язвы, паховый лимфаденит (бубоны), проктит. СИФИЛИС Оба пола: первичная язва (твердый шанкр) с увеличением регионарных лимфоузлов, сыпь, широкие кондиломы, поражение костей, сердечно-сосудистой и нервной систем. Женщины: осложнения беременности (аборт, мертворождение), преждевременные роды. Новорожденные: перинатальная смерть, врожденный сифилис.</p>
<i>Haemophilus ducreyi</i>	МЯГКИЙ ШАНКР
<i>Klebsiella (Calymmatobacterium) granulomatis</i>	ДОНОВАНОЗ (ПАХОВАЯ ГРАНУЛЕМА)
<i>Mycoplasma genitalium</i>	Оба пола: увеличение лимфоузлов и язвы в паховой и перианальной области. Мужчины: выделения из мочеиспускательного канала (негонококковый уретрит). Женщины: бактериальный вагиноз; возможно, воспалительные заболевания таза.
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Мужчины: выделения из мочеиспускательного канала (негонококковый уретрит). Женщины: бактериальный вагиноз; возможно, воспалительные заболевания таза.
Вирусные инфекции	
Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)	СИНДРОМ ПРИОБРЕТЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА (СПИД) Оба пола: ВИЧ-опосредованные заболевания, СПИД.
Вирус простого герпеса (ВПГ) типа 2	ГЕРПЕС ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ Оба пола: везикулы и язвы на половых органах и в перианальной области.
Вирус простого герпеса типа 1 (реже)	Новорожденные: неонатальный герпес (часто смертелен)
Вирус папилломы человека	ОСТРОКОНЕЧНЫЕ КАНДИЛОМЫ Мужчины: остроконечные кондиломы полового члена и анальной области; рак полового члена. Женщины: остроконечные кондиломы вульвы, шейки матки, анальной области; рак шейки матки, рак заднепроходного канала. Новорожденные: папилломатоз гортани.
Вирус гепатита В	ГЕПАТИТ В Оба пола: острый гепатит, цирроз печени, рак печени.
Цитомегаловирус	ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ Оба пола: бессимптомное течение, неспецифическая лихорадка, диффузная лимфаденопатия, поражение печени и др.
Вирус контагиозного моллюска	КОНТАГИОЗНЫЙ МОЛЛЮСК Оба пола: плотные папулы цвета неизменной кожи с пупковидным вдавлением в центре, на половых органах или генерализованные.
Вирус герпеса, связанный с саркомой капюши (ВГСК или герпесвирус человека типа 8)	САРКОМА КАПОШИ Оба пола: быстропрогрессирующий рак у лиц с иммунодефицитом.
Протозойные инфекции	
<i>Trichomonas vaginalis</i>	ТРИХОМОНОЗ Мужчины: выделения из мочеиспускательного канала (негонококковый уретрит); часто инфекция протекает бессимптомно. Женщины: вагиноз с обильными густыми выделениями из влагалища; преждевременные роды, рождение маловесного ребенка. Новорожденные: низкий вес при рождении
Грибковые инфекции	
<i>Candida albicans</i>	КАНДИДОЗ Мужчины: поверхностная инфекция головки полового члена. Женщины: вульвовагинит с густыми творожистыми выделениями из влагалища, зуд и жжение вульвы.
Паразитарные заболевания	
<i>Phthirus pubis</i>	ФТИРИАЗ
<i>Sarcoptes scabiei</i>	ЧЕСОТКА

1.2 ОСНОВАНИЯ ДЛЯ ИНВЕСТИРОВАНИЯ СЕГОДНЯ СРЕДСТВ В ПРОФИЛАКТИКУ ИППП И БОРЬБУ С НИМИ

1.2.1 СОКРАЩЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ И СМЕРТНОСТИ, СВЯЗАННЫХ С ИППП

ИППП, помимо ВИЧ, оборачиваются огромными издержками в виде заболеваемости и смертности как в странах с ограниченными ресурсами, так и в развитых странах, как непосредственно, в результате их воздействия на качество жизни, репродуктивное здоровье и здоровье детей, так и косвенно, в связи с тем, что они облегчают передачу ВИЧ половым путем и оказывают воздействие на национальную экономику и экономическое благосостояние граждан.

Медицинские последствия варьируются от легких/острых болезней до болезненных обезображивающих поражений и психологической заболеваемости. Например, заражение *N. gonorrhoeae* вызывает болезненное мочеиспускание у мужчин и острую или хроническую боль в нижней части живота у женщин. Хотя на начальных стадиях сифилис протекает безболезненно, в отсутствие лечения он может в последующем стать причиной неврологических, сердечнососудистых болезней, остеопетроза и гибели плода у беременных женщин с острой инфекцией. Мягкий шанкр сопровождается калечащими болезненными язвами, которые могут вызвать обширные разрушения тканей, если лечение не будет начато в течение нескольких дней, особенно среди лиц с нарушенным иммунитетом. Герпес половых органов вызывает значительные психосексуальные страдания в силу его повторяющегося и болезненного протекания, особенно среди молодых людей.

Кроме того, имеют место значительные экономические издержки и падение производительности труда отдельных лиц и стран в целом. Издержки, связанные с ИППП, являются прямыми – как медицинскими, так и немедицинскими затратами на услуги и материалы – и косвенными в виде времени протекания болезни, когда человек не имеет возможности заниматься производительной деятельностью (совершает поездки для получения лечения, дожидается помощи в медицинских учреждениях и проходит такую процедуру, как сдача анализов). Масштабы глобального бремени ИППП помимо ВИЧ таковы, что борьбу с ними следует вести как с самостоятельной проблемой общественного здравоохранения.

1.2.2 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Предупреждение и лечение других ИППП позволяет снизить риск передачи ВИЧ половым путем, особенно среди групп населения, которые с большой степенью вероятности имеют многочисленных половых партнеров, например работников секс-индустрии и их клиентов. Нелеченная воспалительная или язвенная ИППП повышает риск передачи ВИЧ во время полового контакта без средств защиты между зараженным и незараженным партнерами (13). Сопутствующее воздействие других ИППП на передачу ВИЧ, по-видимому, является более выраженным в случае язвенных ИППП: согласно последним данным, герпес половых органов может быть косвенной причиной большой доли новых случаев заражения ВИЧ и ингибирующее лечение ВПГ-2 сокращает половую

передачу ВИЧ женщинами (14-16). По оценкам, язвенные болезни половых органов повышают риск передачи ВИЧ при однократном половом сношении без средств защиты в 50—300 раз (15).

Службы, оказывающие помощь при ИППП, являются одним из основных каналов профилактики ВИЧ. Больные, обращающиеся за помощью в связи с ИППП, являются важной целевой группой для профилактического консультирования и добровольного и конфиденциального тестирования на ВИЧ и могут нуждаться в помощи в связи с ВИЧ и СПИДом. Больные, обращающиеся в медучреждения за помощью в связи с ИППП, могут одновременно иметь первичную ВИЧ-инфекцию и обычно имеют высокую концентрацию ВИЧ. В Малави у мужчин с гонококковым уретритом концентрация ВИЧ в сперме была в 6 раз выше, чем у мужчин без уретрита, а после излечения уретрита — такой же, как у ВИЧ-инфицированных мужчин без уретрита (18). Как показало недавнее обследование в США 52 ВИЧ-инфицированных мужчин с первичным и вторичным сифилисом, 58% из которых получали антиретровирусную терапию, сифилису сопутствует значительное повышение вирусной нагрузки ВИЧ и значительное снижение числа лимфоцитов CD4±. После излечения сифилиса иммунитет и концентрация ВИЧ в сперме восстанавливались до уровней, существовавших до заражения, что свидетельствует о важности профилактики и оперативного лечения сифилиса у ВИЧ-инфицированных в качестве стратегии профилактики и средства улучшения качества помощи ВИЧ-инфицированным (19). Эффективные профилактические разъяснения, лечение любых других ИППП и популяризация использования презервативов в этой группе населения могли бы оказать существенное воздействие на передачу ВИЧ.

В рамках задачи 7 Цели тысячелетия в области развития (ЦТР) 6 странам предлагается остановить и начать обращение вспять распространения ВИЧ/ СПИДа. В Объединенной Республике Танзания с помощью точных научных методов была продемонстрирована возможность чрезвычайно экономичного снижения половой передачи ВИЧ с помощью лечения ИППП, когда в ходе общинных испытаний в Мванзе улучшенное синдромное лечение ИППП привело к сокращению заболеваемости ВИЧ на 38%. Результаты испытаний в Мванзе, вероятно, можно распространить на другие группы населения, в которых сосредоточена эпидемия ВИЧ, заражение ВИЧ чаще всего происходит от случайных половых партнеров и распространенность излечимых ИППП является высокой. Таким образом, лечение ИППП является осуществимой и экономичной мерой, способствующей решению задачи 7 ЦТР 6.

1.2.3 ПРЕДОТВРАЩЕНИЕ СЕРЬЕЗНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН

ИППП являются главной предотвратимой причиной бесплодия. У 10—40% женщин с нелеченным хламидиозом развиваются клинически выраженные воспалительные заболевания органов таза (ВЗТ) (20). Постинфекционная патология маточных труб является причиной 30—40% случаев женского бесплодия. Кроме того, у женщин, перенесших ВЗТ, в 6—10 раз выше шанс внематочной (трубной) беременности, и 40—50% случаев внематочной беременности могут быть объяснены прежним заболеванием органов таза (21).

Ежегодно папилломавирусная инфекция вызывает примерно 500 000 случаев рака шейки матки. После рака молочной железы это самая распространенная форма рака у женщин, ежегодно уносящая около 240 000 жизней, в основном в условиях нехватки ресурсов (7--9).

Задачей 6 ЦТР 5 является снижение к 2015 году материнской смертности на три четверти. Профилактика воспалительных заболеваний органов таза будет содействовать достижению этой цели в результате предупреждения смертности от внематочной беременности. Профилактика папилломавирусной инфекции позволит сократить смертность женщин от рака шейки матки.

1.2.4 ПРЕДУПРЕЖДЕНИЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫХ ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ

Нелеченные ИППП приводят к врожденным и перинатальным инфекциям у новорожденных, особенно в тех районах, где не ведется борьба с ИППП.

У женщин с нелеченым ранним сифилисом 25% беременностей заканчивается мертворождением, 14% — смертью новорожденного, то есть общая перинатальная смертность составляет около 40%. В Африке распространенность сифилиса среди беременных составляет от 4 до 15% (22). До 35% беременностей у женщин с нелеченной гонококковой инфекцией заканчиваются самопроизвольными абортами и преждевременными родами и до 10% -- перинатальными смертельными исходами (23). В отсутствие профилактики у 30—50% детей, рожденных женщинами с нелеченной гонореей, и почти у 30% детей, рожденных женщинами с нелеченым хламидиозом, развивается бленнорея новорожденных, которая может привести к слепоте (22, 25), от которой ежегодно в мире слепнут 1000—4000 новорожденных (26).

☐Повсеместное внедрение эффективных мер профилактики врожденного сифилиса только в одной Африке должно предотвратить по оценкам 492 000 мертворождений и перинатальных смертей в год (27). В исследовании экономической эффективности, проведенном в Мванзе (Объединенная Республика Танзания), где распространенность активного сифилиса у беременных составляет 8%, затраты на вмешательство составили 1,44 долл. США на каждую обследованную женщину, 20 долл. США на каждую женщину, получавшую лечение, и 10,56 долл. США на каждый сохраненный год жизни с учетом нетрудоспособности (DALY). Затраты на все скрининговые исследования на сифилис составили от 4 до 19 долл. США на один сохраненный год жизни с учетом нетрудоспособности (28).

1.3 ВОЗМОЖНОСТИ ДЛЯ УСКОРЕНИЯ ПРИНЯТИЯ ОТВЕТНЫХ МЕР

1.3.1 Экономичные меры профилактики ВИЧ-инфекции

Улучшение ведения больных ИППП является одним из научно подтвержденных способов снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией населения в целом (29-31). Нацеленность услуг на какую-либо конкретную группу населения, отличающуюся высокой вероятностью передачи, позволяет добиться еще более выраженной экономичности (32).

1.3.2 Новые партнерства

Во всем мире вновь проявляется решимость вести борьбу с эпидемией СПИДа, которая включает приверженность борьбе с ИППП как основную стратегию профилактики. В Декларации ООН о приверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом (июнь 2001 г.) говорится, что хотя лечение, поддержка и уход являются принципиальными элементами эффективных ответных мер, краеугольным камнем в борьбе с пандемией СПИДа должна являться профилактика, в том числе раннее и эффективное лечение ИППП. В сфере международного развития появляются новые источники финансирования и партнеры, в том числе авторитетные сторонники, влиятельные сети, сообщества, партнеры вне сферы здравоохранения, коммерческий сектор и благотворительные организации. Эти новые и уже существующие источники финансирования позволяют мобилизовать средства для обеспечения усиления борьбы с ИППП, и в том числе ВИЧ-инфекцией¹.

Как показывают реализация различных мероприятий, а также успехи, достигнутые в столь различающихся условиях ограниченности ресурсов, например, в Таиланде и Уганде, а также в других странах, в частности в Дании, Швеции и Соединенном Королевстве Великобритании и Северной Ирландии, с ИППП можно успешно бороться, если мобилизовать политическую волю и ресурсы, достаточные для развертывания и поддержания деятельности на критическом уровне. Сотрудничество между странами и партнерства с заинтересованными учреждениями облегчают обмен информацией и более широкое использование успешных уроков.

Мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР) можно объединить с профилактикой врожденного сифилиса, чтобы предотвратить трагедии, когда дети избегают заражения ВИЧ, но погибают от сифилиса, как это произошло на Гаити (33). Кроме того, такая увязка позволяет еще более повысить экономичность проводимых мероприятий.

1.3.3 Новые технологии для усиления ответных мероприятий

Технический прогресс в области диагностики и лечения ИППП, вакцин против ИППП и барьерные средства открывают возможности для появления новых идей, инструментов и решений в сфере профилактики, эпиднадзора и лечения ИППП и инфекций полового тракта (ИПТ).

Диагностические экспресс-тесты

- Новые диагностические экспресс-тесты на трепонематоз в пунктах обслуживания позволяют проводить скрининг сифилиса в периферийных медслужбах и незамедлительно обеспечивать лечение.

¹ К ресурсам, доступным на национальном уровне, относятся Глобальный фонд для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией (GFATM), стратегии и инициативы расширения доступа к антиретровирусным средствам, Чрезвычайный президентский план борьбы со СПИДом (PEPFAR), в рамках которого выделено 15 млрд. долл. США (включая 9 млрд. долл. США новых средств) на борьбу с пандемией ВИЧ/СПИДа в следующие пять лет с акцентом на 15 наиболее затронутых стран, и Многосекторальные проекты Всемирного банка в области предупреждения ИППП/ВИЧ/СПИДа.

- Тесты с амплификацией нуклеиновых кислот могут использоваться для мониторинга тенденций в области ИППП и адаптации лечебных протоколов. Для некоторых тестов можно использовать простые для сбора материалы, например мочу или мазки из влагалища, сделанные самостоятельно.
- Разрабатывается новое поколение дешевых экспресс-тестов на хламидии.

Терапия

- Некоторые препараты для лечения ИППП становятся более доступными, например ципрофлоксацин (когда он эффективен), и ацикловир. Другие, в частности азитромицин и цефиксим, к преимуществам которых относится однократный прием, станут дешевле после истечения срока действия патентов на них и принятия стратегий крупнооптовых закупок. При раннем сифилисе по-прежнему эффективен пенициллин, который может применяться в виде разовой дозы, хотя и в виде инъекции.

Вакцины

- Чрезвычайно перспективны профилактические вакцины против онкогенных типов вируса папилломы человека, которые появятся в скором времени. Международному сообществу следует сотрудничать со странами в планировании и разработке стратегий их использования и содействия их применению в рамках национальных программ вакцинации, чтобы гарантировать широкий охват населения, особенно подростков, чтобы обеспечить защиту населения до начала половой жизни (34, 35).
- Эффективной вакцины против ВПГ-2 пока не существует. Однако одна вакцина показала свою перспективность у женщин, не инфицированных ни ВПГ-1, ни ВПГ-2 (36). Необходимы дополнительные полевые испытания этих вакцин в различных ситуациях для оценки их полезности в различных эпидемиологических условиях. Учитывая высокую распространенность инфекции ВПГ-2 и ее роль в активизации передачи ВИЧ, наиболее перспективной явится вакцина для предупреждения распространения ВПГ-2 в раннем возрасте. Международному сообществу, ученым, финансирующим учреждениям и правительствам следует объединить свои усилия, чтобы разработать планы и добиться быстрого прогресса в разработке действенной вакцины против инфекции ВПГ-2.
- Профилактическая вакцина против гепатита В существует с 1982 года. Странам следует разработать планы профилактики гепатита В и шире включать в программы иммунизации существующую вакцину, чтобы обеспечить иммунизацию всех детей во всех странах и обеспечить доступ к этой вакцине всем взрослым, ведущим активную половую жизнь, которые подвергаются высокому риску гепатита В.

1.3.4 Подход к профилактике иппп и борьбе с ними с позиций общественного здравоохранения

Эффективное предупреждение ИППП и оказание помощи больным ИППП может быть обеспечено с помощью комплекса мер. Услуги по профилактике ИППП и оказанию помощи больным этими болезнями должны быть расширены и должны включать следующий комплекс мероприятий общественного здравоохранения:

- пропаганду более безопасного полового поведения;
- содействие раннему обращению за медицинской помощью;
- горизонтальное осуществление профилактики и лечения ИППП в рамках всех программ первичной медико-санитарной помощи, в том числе программ в области репродуктивного здоровья и ВИЧ. Успешное осуществление экономичных интегрированных программ борьбы с ИППП, ВИЧ и туберкулезом документально подтверждено в ряде стран. Помощь обычно оказывается одними и теми же провайдерами медпомощи на уровне центров первичного медико-санитарного обслуживания. Такой подход привлекателен и экономичен как для пациентов, так и для системы здравоохранения.
- комплексный подход к ведению больных, включающий:
 - выявление синдрома ИППП;
 - соответствующее антимикробное лечение синдрома;
 - просвещение и консультирование по способам предотвращения или снижения риска ИППП, включая ВИЧ;
 - содействие правильному и систематическому использованию презервативов;
 - уведомление половых партнеров (см. подробнее раздел 3.2.3.).

Мероприятия и стратегии должны по возможности опираться на фактические данные. Однако с помощью осуществления новаторских мероприятий и их тщательной оценки можно собрать новые данные, которые будут учтены при разработке мер политики, программ и расширении деятельности. Поэтому важно применять подход «ПДАА»: план, действие, анализ и (в случае успеха) активизация. Ниже перечислен ряд новаторских подходов, которые могут быть применены в рамках такого процесса:

- Периодическое презумптивное лечение. Продемонстрирована эффективность этой краткосрочной стратегии в борьбе с некоторыми ИППП, когда она нацелена на конкретные группы населения в соответствующих условиях.
- Социальный маркетинг средств борьбы с ИППП. В ряде мест социальный маркетинг расфасованных лекарств или презервативов (наряду с обучением правильному и систематическому пользованию ими) в рамках лечения и

профилактики ИППП привел к улучшению доступа к медицинской помощи при ИППП.

- Легкодоступные службы для подростков. Опыт показывает, как улучшить реагирование служб на потребности подростков и сделать эти службы более привлекательными для последних. Странам следует использовать эти знания и опыт для расширения должным образом адаптированных мероприятий с учетом условий каждой страны или ситуации, и охвата такого числа подростков, которые испытывают потребности.
- Вовлечение и мотивирование мужчин и создание служб для мужчин. Пилотные проекты для мужчин увенчались успехом; следует адаптировать полученный опыт к местным условиям и наращивать деятельность.
- Эпиднадзор второго поколения за ВИЧ должен включать надзор за поведением и эпиднадзор за ИППП. Подобная стратегия обеспечит программы информацией о надлежащих мероприятиях по борьбе как с ВИЧ-инфекцией, так и с другими ИППП.

1.3.5 Пропаганда использования презервативов среди групп высокорискованного поведения и населения в целом

Накоплено достаточно данных о том, что при правильном и систематическом использовании презервативов они являются эффективным средством защиты мужчин и женщин от заражения ВИЧ и снижения риска заражения мужчин гонореей. Правильное и систематическое использование презервативов сопровождается не только снижением передачи ВИЧ и заражения инфекционным уретритом среди мужчин, но и снижением заражения следующими инфекциями (37):

- ВПГ-2 у мужчин и женщин;
- сифилисом у мужчин и женщин;
- хламидиозом у мужчин и женщин;
- гонореей у женщин;
- возможно, трихомонозом у женщин.

Использование презервативов также влечет ускоренную регрессию папилломавирусных поражений шейки матки и полового члена и более быстрое излечение папилломавирусной инфекции половых органов у женщин.

Учитывая эти данные, важно оценить масштабы ВИЧ и других ИППП среди населения в целом и в группах высокого риска. В странах с высокими уровнями ВИЧ и других ИППП среди населения в целом и групп высокого риска стратегии пропаганды безопасного полового поведения должны реализовываться в виде одного пакета среди обеих категорий населения. Подобные стратегии включают: популяризацию правильного

использования мужских и женских презервативов и их раздачу, половое воздержание, отсрочивание начала половой жизни и сокращение числа половых партнеров. В условиях, когда ВИЧ и другие ИППП сконцентрированы в группах высокого риска, адресные мероприятия должны осуществляться в приоритетном порядке, но не взамен обучения и других профилактических и лечебных услуг для всего населения.

1.3.6 Препятствия на пути оказания услуг в рамках борьбы с ИППП

За последние пять лет интерес к профилактике ИППП помимо ВИЧ и борьбе с ними и финансирование этой деятельности снизились, несмотря на значение ИППП как кофакторов передачи ВИЧ и то, что они являются непосредственными причинами значительной заболеваемости и смертности во всем мире. Центр внимания и поддержка борющихся с ВИЧ/СПИДом переключились на меры политики в области антиретровирусной терапии и тестирования и консультирования в связи с ВИЧ.

Несмотря на обсуждения и программу действий Международной конференции ООН по народонаселению и развитию, состоявшейся в 1994 г. в Каире, и на четвертую Всемирную конференцию по положению женщин, состоявшуюся в 1995 г. в Пекине, борющиеся охраны сексуального и репродуктивного здоровья не проявляют особого энтузиазма по поводу интегрирования в их работу мероприятий по профилактике и оказанию помощи в связи с ИППП (включая ВИЧ) (38, 39). Интегрирование профилактики и помощи в связи с ИППП в программы в области сексуального и репродуктивного здоровья с целью улучшения охвата оказалось более сложной задачей, чем ожидалось. Опыт проведения интеграции является неоднозначным, не хватает знаний о наилучших путях организации интегрированных служб и об их воздействии на предупреждение инфекции и нежелательной беременности (40).

Кроме того, синдромная тактика лечения женщин с вагинальными выделениями оказалась проблематичным способом выявления и лечения инфекционного цервицита, особенно в районах с низкой распространенностью ИППП. В этой связи возникает потребность в доступных по цене экспресс-тестах на ИППП. Разработка таких тестов идет медленно, и там, где они имеются, их цена остается слишком высокой, чтобы правительства могли их включить в национальные программы оказания помощи в связи с ИППП.

При попытках содействовать проведению профилактических мероприятий, связанных с ИППП, возник ряд других затруднений. Эпидемиология ИППП определяется многими детерминантами (в том числе гендерным неравенством, бедностью и другими социально-экономическими различиями), и далеко не все из исходных детерминант учитываются при профилактике ИППП. На уровне оказания помощи важно обеспечить устойчивые поставки лекарств от ИППП и презервативов, с чем системам здравоохранения успешно справиться не удастся. Консультирование по вопросам снижения риска также обычно не проводится. В борьбе с ИППП необходимо более широкое участие партнеров, представляющих различные секторы, дисциплины и общины (включая неправительственные и профессиональные организации), однако налаживание такого более широкого участия, особенно вовлечение общины, остается трудной задачей.

Помимо этих недостатков, неудаче в борьбе с ИППП также способствуют следующие факторы.

- Невежество и недостаток информации об ИППП способствуют сохранению ошибочных представлений об этих болезнях и сопутствующего остракизма.
- Многие ИППП часто протекают бессимптомно или остаются нераспознанными до развития осложнений и поздних проявлений, особенно у женщин.
- Остракизм, сопутствующий ИППП (и венерологическим клиникам), по-прежнему остается мощной преградой на пути осуществлений мероприятий по профилактике и лечению ИППП.

На индивидуальном и общественном уровнях проявление остракизма приводит к следующему:

- нежеланию пациентов обращаться за помощью на ранней стадии болезни;
- предпочтительное обращение за лечением в частный сектор, будь то к квалифицированным медикам, фармацевтам, знахарям или иным поставщикам услуг, помощь которых воспринимается как более доступная, конфиденциальная и менее предосудительная, чем в государственных учреждениях;
- затруднениям с уведомлением и лечением от ИППП половых партнеров.

На уровне формулирования политики и принятия решений действуют следующие факторы:

- Лица, определяющие политику и занимающиеся планированием, рассматривают борьбу с ИППП в качестве низкоприоритетной задачи. Эта ситуация потенциально усугубляется из-за остракизма и предрассудков в связи с ИППП и непонимания серьезности последствий ИППП для здоровья и экономического развития.
- Доноры все чаще придерживаются общесекторальных подходов при выделении помощи всему сектору здравоохранения, а не таким конкретным проектам, как борьба с ИППП. Хотя это позволяет министерствам здравоохранения определять национальные приоритеты, это также означает, что страны, в бюджетах которых ИППП традиционно уделяется незначительное внимание по причине их предосудительности, могут продолжать эту линию.
- Не обеспечиваются надлежащие обучение и услуги для групп населения, идентифицированных в качестве особенно уязвимых в отношении ИППП, например для молодежи и подростков, секс-работников (мужчин и женщин) и их клиентов, гомосексуалистов, транссексуалов, токсикоманов, заключенных, мобильных групп населения (которые совершают поездки в силу служебной необходимости или для досуга), бездомных молодых людей и детей и лиц, затронутых конфликтами и гражданскими беспорядками.

2. ЦЕЛИ И СФЕРА ДЕЙСТВИЯ СТРАТЕГИИ

2.1 НАЗНАЧЕНИЕ И ЗАДАЧИ

Глобальная стратегия призвана служить руководством при осуществлении оперативных глобальных ответных мероприятий по профилактике ИППП и борьбе с ними в направлении достижения международных целей в области развития. В частности, стратегия будет нацелена на достижение следующих задач:

- Усилить поддержку профилактики ИППП и борьбы с ними со стороны национальных правительств и национальных и международных партнеров по развитию.
- Стимулировать мобилизацию средств и перераспределение ресурсов с учетом национальных приоритизированных нацеленных на достижение результатов мероприятий, которые обеспечат эффективность помощи, чувство причастности к ней, ее гармонизацию, результативность и подотчетность в связи с ней¹.
- Обеспечить отсутствие предвзятого отношения и учет гендерного фактора в мерах политики, законах и инициативах, имеющих отношение к оказанию помощи в связи с ИППП, в существующем социально-культурном контексте.
- Использовать сильные стороны и потенциал всех партнеров и институтов с целью расширения и поддержания мероприятий по профилактике ИППП и борьбе с ними.

Глобальное реагирование на ИППП будет определяться двумя стратегическими компонентами.

Технический компонент: глобальная техническая стратегия борьбы с ИППП, адаптируемая к условиям страны и региона и включающая способы организации и обеспечения основных программных элементов профилактики ИППП и борьбы с ними на устойчивой основе. Стратегия будет опираться на полученные уроки и на однозначно успешные мероприятия, которые необходимо наращивать. Она позволит идентифицировать недостатки в таких ключевых областях, как:

- наличие или пригодность медицинских услуг для приоритетных целевых групп населения (например, подростков и секс-работников);
- диагностика и лечение бессимптомных инфекций;
- синдромная тактика лечения аномальных вагинальных выделений;
- лечение ИППП у половых партнеров;
- отношение провайдеров медпомощи;

¹ Paris Declaration on Aid Effectiveness: Ownership, Harmonisation, Alignment, Results and Mutual Accountability. Paris, March 2005.

- доступность и надежность данных для планирования.

С ее помощью также будут выявляться надлежащие возможности для взаимодействия с программами по ВИЧ/СПИДу и сексуальному и репродуктивному здоровью и для их интеграции, а также для привлечения частного сектора.

Информационно-разъяснительный компонент: глобальная кампания информационно-разъяснительной работы в области ИППП, направленная на повышение информированности и мобилизацию ресурсов во всем мире. Эта кампания будет осуществляться наряду с другими инициативами, например кампаниями по искоренению врожденного сифилиса, борьбе с излечимыми язвенными заболеваниями половых органов и их искоренению, а также борьбе с герпесом и папилломавирусной инфекцией половых органов.

2.2 ЦЕЛЕВАЯ АУДИТОРИЯ

В стратегии определены основные элементы эффективного реагирования на бремя ИППП и дана информация по ключевым вопросам, которые к ним относятся. Стратегия не содержит указаний по организации и осуществлению мероприятий.

Целевую аудиторию этой стратегии составляют: руководители национальных программ по ВИЧ/СПИДу/ИППП и сексуальному и репродуктивному здоровью; заинтересованные стороны сектора здравоохранения, включая государственных и частных провайдеров медпомощи; министры здравоохранения, лица, определяющие политику и принимающие решения в секторе здравоохранения; международные организации и неправительственные партнеры; другие государственные учреждения и агентства и доноры.

2.3 РУКОВОДЯЩИЕ ПРИНЦИПЫ

Стратегия опирается на международные соглашения по этике и правам человека, признающие право каждого человека на наивысший достижимый уровень здоровья, включая сексуальное и репродуктивное здоровье. Она соответствует правовым основам в отношении потребностей детей и подростков в области репродуктивного здоровья и, в частности, праву на свободу от принуждения или жестокого обращения, включая сексуальное надругательство.

Стратегия также основана на следующих руководящих принципах:

1. Гендерное неравенство должно преодолеваться с помощью мероприятий, воздействующих на политическую волю, а также социальные нормы и взгляды в отношении полового поведения и статуса женщины. Активная пропаганда мужской ответственности и расширение возможностей женщин в профилактике ИППП и борьбе с ними являются важными элементами эффективных ответных мер, учитывающих гендерный фактор.
2. Профилактические мероприятия и оказание помощи при ИППП должны

составлять непрерывный континуум. Соотношение и разнообразие мероприятий будут зависеть от местных детерминант эпидемиологии ИППП, специфики инфекций и доступных ресурсов. В любых условиях наличие презервативов и лекарств от ИППП и доступ к ним будут являться элементами в полной мере действенных ответных мер.

3. Мероприятия по ИППП должны являться неотъемлемой частью дипазона комплексных услуг в области сексуального и репродуктивного здоровья. Тесное сотрудничество с программами в области сексуального и репродуктивного здоровья в рамках Стратегии ВОЗ по ускорению прогресса в направлении достижения международных целей и задач в области развития, относящихся к репродуктивному здоровью, имеет важное значение для осуществления стратегий в отношении как ИППП, так и репродуктивного здоровья.

4. Сотрудничество между программами профилактики и лечения ИППП и ВИЧ жизненно важно для реагирования не только потому, что опасные формы поведения, влекущего как ВИЧ-инфекцию, так и другие ИППП, являются одинаковыми, но и в силу того, что профилактика и лечение ИППП остаются важнейшими элементами первичной профилактики ВИЧ, особенно в ситуациях и среди групп населения, характеризующихся низкой распространенностью ВИЧ. Соединение сильных сторон этих двух программ обеспечивает синергизм в борьбе против как ВИЧ, так и других ИППП. Эффективными рамками для такого сотрудничества станут Глобальная стратегия ВОЗ по ВИЧ/СПИДу для здравоохранения на 2003–2007 гг. и Стратегии ВОЗ/ЮНЭЙДС по максимально возможному приближению к цели обеспечить всеобщий доступ к предупреждению, помощи и лечению.

5. Важное значение для совершенствования профилактики и лечения ИППП имеет создание партнерств. Многосекторальный подход должен охватывать министерства здравоохранения, образования, спорта, туризма и транспорта, вооруженные силы и другие приравненные к ним ведомства, а также частный и неофициальный секторы.

6. Привлечение общин (в т.ч. неправительственных и конфессиональных организаций) и уязвимых групп населения в качестве партнеров по разработке, проведению и оценке мероприятий и услуг обогащает процесс, обеспечивает их сопричастность и соответствие процесса и результатов культурным особенностям, а также мобилизует приверженность реализации.

7. Снижение предвзятости и дискриминации как на индивидуальном, так и общественном уровнях является необходимым условием увеличения обращений за медицинской помощью и улучшения качества медуслуг в области профилактики ИППП и борьбы с ними.

2.4 ОСНОВНЫЕ ЭЛЕМЕНТЫ ОТВЕТНЫХ МЕР

Основные стратегические элементы программы борьбы с ИППП на национальном и региональном уровнях хорошо определены и включают:

- пересмотр мер политики, законов и нормативных положений о борьбе с ИППП с тем, чтобы они носили некарательный и непринудительный характер и способствовали достижению целей программ и служб предупреждения ИППП и борьбы с ними;
- содействие здоровым формам поведения: половому поведению, обращению за медицинской помощью, соблюдению курса лечения, а также ответственному уведомлению и лечению половых партнеров от ИППП;
- предоставление медицинской помощи по ИППП, включая программы дородовой диагностики сифилиса и других ИППП, профилактику бленнореи новорожденных и иммунизацию против гепатита В;
- обеспечение надежных поставок безопасных, эффективных, высококачественных и экономичных лекарственных средств и продукции для профилактики ИППП и борьбы с ними, в том числе мужских и женских презервативов и других эффективных барьерных средств;
- укрепление вспомогательных компонентов, включая адаптацию нормативных рекомендаций, обучение, информационные сети, снабжение, лабораторную поддержку, эпиднадзор и проведение исследований.

Следует изучать новаторские пути с целью организации и применения указанных основных элементов профилактики и лечения ИППП. Задача состоит в том, чтобы определить, как наилучшим образом добиться следующего:

- использовать существующие и новые технологии и инструменты во благо тех, кто в них наиболее нуждается;
- улучшить среду в клиниках с тем, чтобы увеличить их доступность, удобство для пользователей и ориентированность на пациентов дабы они отвечали потребностям пациентов;
- распространять ясную медицинскую информацию на местных языках, чтобы она лучше запоминалась и была более эффективной;
- наладить прочные связи со средствами массовой информации и привлекать представителей, способных выступать за дело борьбы с ИППП через труднодоступные социальные сети;
- стимулировать многосекторальную реакцию в секторах помимо сферы здравоохранения, например в секторах права и образования, в туристической и частном секторе;

- развивать партнерство между государственным и частным секторами в целях профилактики ИППП и борьбы с ними;
 - объединять международные организации, национальные правительства, частные благотворительные организации и деловые круги вокруг приоритетных мероприятий и инициатив в области ИППП;
 - перейти от поисков чудодейственных решений к осуществлению многосторонних мероприятий, отличающихся согласованностью по многим компонентам и уровням и устойчивостью на местном уровне.
- 3. ТЕХНИЧЕСКАЯ СТРАТЕГИЯ: РАЗВИТИЕ УСПЕХА, ДОСТИГНУТОГО В ПРОФИЛАКТИКЕ ИППП И БОРЬБЕ С НИМИ**

3.1 ДИНАМИКА ПЕРЕДАЧИ ИППП

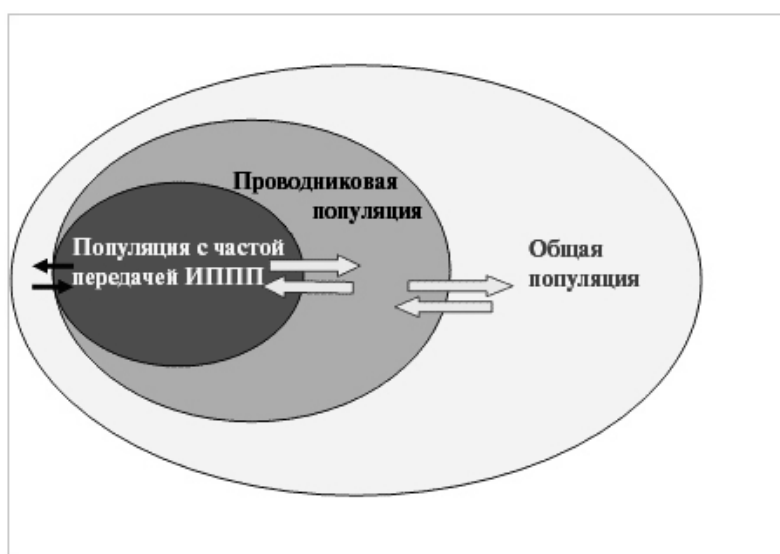
В последние 20 лет происходит накопление знаний о динамике передачи ИППП благодаря глобальной эпидемии ВИЧ-инфекции и возросшим усилиям по борьбе с другими ИППП. Математическое моделирование и другие исследования показали, что распространение ИППП во многом зависит от сетей половых контактов. Более глубокое понимание динамики распространения ИППП сказывается на разработке стратегических мероприятий по их профилактике и борьбе с ними.

В отдельно взятой популяции распределение ИППП не является статичным. Эпидемии ИППП проходят различные стадии, характеризующиеся изменениями в распределении и передаче патогенов, передаваемых половым путем, внутри субпопуляций и между ними (41). В целом, на ранней стадии эпидемии или в некоторых географических ситуациях ИППП распространяются с большей вероятностью между лицами высокого риска с высокими показателями инфицирования и частой сменой сексуальных партнеров или от них (*основные распространители*). По мере роста эпидемии патогены распространяются на группы с меньшим риском (*проводниковые группы*), которые могут являться важным сексуальным звеном между основными группами и всем населением. Социальные или экономические условия определенных групп населения могут повышать их уязвимость к заражению или передаче ВИЧ и у обычных групп населения и становиться причиной их перехода в эту проводниковую категорию. Сети половых контактов варьируются в зависимости от ситуации, но в целом половые партнеры лиц с высокими показателями зараженности (то есть проводниковые группы), в свою очередь, заражают других половых партнеров, например их супругов или других постоянных половых партнеров из общего населения. Упрощенный вариант распространения ИППП среди населения показан на рисунке 1.

Ситуация усложняется из-за различной динамики взаимодействия между организмом хозяина и возбудителем, которая зависит от порогового параметра R_0 . Этот базовый репродуктивный показатель представляет собой ожидаемое число вторичных заражений от одного первичного случая в восприимчивой популяции. Этот показатель зависит от трех величин и вычисляется по формуле: $R_0 = \beta \times D \times C$, где β — эффективность передачи возбудителя при единичном половом контакте (заразность); D — продолжительность

зараженности; C — частота смены половых партнеров (42). Некоторые патогены (например, *Haemophilus ducreyi*) высокочаще заразы, но в течение короткого времени, другие, например ВИЧ-инфекция и вирус простого герпеса -2, относительно мало заразы, но в течение длительного времени. С другой стороны, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis* и *Treponema pallidum* имеют среднюю заразность и продолжительность (43, 44). Таким образом, развитие эпидемии будет зависеть от различных типов взаимодействия между населением и возбудителем. Все эти факторы по возможности следует учитывать при планировании эффективной программы профилактики ИППП и борьбы с ними.

Рисунок 1. Распространение ИППП на популяционном уровне



Факторы риска заражения ИППП, включая ВИЧ, варьируются в зависимости от пола, в связи с чем женщины и их дети грудного возраста затрагиваются в непропорционально высокой степени. Различия в уязвимости к инфекциям и их последствиям объясняются биологической подверженностью и гендерными различиями, в том числе неравенством возможностей, поведенческими факторами, включая половое поведение, обращением за медицинской помощью, а в некоторых условиях низкой доступностью медицинской помощи и низким уровнем образования.

3.2 ПРОФИЛАКТИКА ИППП И БОРЬБА С НИМИ

С учетом обобщенной выше динамики передачи, необходимы соответствующие стратегии профилактики ИППП и борьбы с ними, чтобы добиться максимальной отдачи и результатов. При составлении программ необходимо понимать следующее:

- какие группы населения подвергаются наибольшему риску;
- какие обстоятельства или формы поведения создают риск для этих групп;
- каковы наилучшие подходы и мероприятия для прерывания цепи передачи;

- какие мероприятия должны быть приоритетными, как их расширять и поддерживать.

В некоторых географических районах и странах высокая распространенность ИППП отмечается среди всего населения, в других — лишь в конкретных группах. Регистрация уровней ИППП, полового поведения (например, числа половых партнеров и частоты смены партнеров), профилактического поведения (например, правильное и систематическое использование презервативов), поведения в порядке заботы о здоровье (например, обращений за медицинской помощью) в группах населения с высокой частотой инфекций, уязвимых группах, а также среди населения в целом дает ценную информацию о динамике распространения ИППП и помогает определить, какие мероприятия будут наиболее успешными. Необходимо установить приоритетность целевых мероприятий в соответствии с потребностями, их осуществимостью и наличием ресурсов.

Группы населения, поведение и уязвимость которых нужно изучать для возможной разработки целевых мероприятий, варьируются в зависимости от регионов и стран. К числу групп населения, нуждающихся согласно частым наблюдениям в целевых мероприятиях, относятся:

- секс-работники (женщины, мужчины и транссексуалы) и их клиенты, у которых также могут быть постоянные половые партнеры;
- мобильные группы населения, такие как водители грузовиков, совершающие дальние рейсы, рыбаки, моряки и рабочие-мигранты, у которых риск инфекций повышен в основном вследствие их мобильности и опасных половых связей;
- мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами, имеющими несколько половых партнеров и практикующими анальные половые сношения без презерватива;
- мужчины, вступающие в сексуальные отношения с мужчинами и женщинами (то есть мужчины бисексуальной ориентации);
- потребители наркотиков, особенно вступающие в половую связь за деньги или в обмен на наркотики, а также вступающие в половую связь с лицами, не употребляющими наркотиков;
- заключенные, особенно малолетние;
- беженцы внутренние и из других стран, и перемещенные лица;
- военнослужащие, служащие полиции и других формирований;
- туристы, особенно совершающие поездки для сексуальных контактов;
- женщины и мужчины — жертвы изнасилования или гендерного насилия;
- беспризорные дети и молодежь, а также эксплуатируемые дети или сироты.

Подростки подвергаются особому риску ИППП, включая ВИЧ, так как они могут не иметь необходимых знаний, опыта, доступа к медицинской помощи и поддержки во время полового развития. Нередко их половые связи бывают случайными и спонтанными, многие подростки вступают в связь под давлением или по принуждению или в обмен на одобрение или финансовую выгоду. Девушки-подростки более уязвимы к ИППП, чем юноши по биологическим, социальным и экономическим причинам. В некоторых странах, где подростки, особенно девушки, вступают в брак в юном возрасте, в национальных программах должен получить признание тот факт, что молодые женщины могут подвергаться возросшему риску ИППП, поскольку действие вышеупомянутых социальных и биологических по-прежнему распространяется на них, даже если они рассматриваются в качестве взрослых в силу их замужества. Профилактика и лечение ИППП, включая ВИЧ, у молодежи потребует целого ряда адекватных их возрасту мероприятий со стороны различных секторов. За ряд таких мероприятий будет отвечать сам сектор здравоохранения, действуя через различных партнеров системы здравоохранения. Некоторые из этих областей деятельности в интересах подростков рассматриваются в разделе 3.4.1.

Однако все целевые мероприятия должны обеспечиваться в рамках эффективного предоставления услуг в связи с ИППП и удовлетворения других медицинских потребностей всего населения, а также целевых групп.

3.2.1 Пропаганда здорового полового поведения

Эффективное реагирование на ИППП начинается с профилактики путем предоставления точной и подробной информации о более безопасных половых отношениях, в том числе о правильном и систематическом использовании мужских и женских презервативов, а также о воздержании, отсрочке начала половой жизни, жизни с одним половым или сокращении числа половых партнеров. Помимо профилактических мероприятий должен существовать доступ к медслужбам для обеспечения на раннем этапе эффективного лечения от ИППП.

Разъяснительная работа, связанная с изменением полового поведения, является частью комплексного, многоуровневого, интерактивного процесса работы с общинами, нацеленного на разработку специальных информационных сообщений и подходов с использованием разнообразных каналов. Она должна являться неотъемлемым компонентом усилий по профилактике ИППП и включаться в оказание медицинской помощи и поддержки. Она способна расширить знания, стимулировать диалог в обществе, содействовать важным изменениям во взглядах, уменьшить предвзятость и дискриминацию, генерировать спрос на информацию и медслужбы, продвигать надлежащие меры политики и законы, стимулировать меры профилактики, лечения и поддержки, а также улучшить навыки и повысить самоуважение (45).

При выборе информационных каналов для распространения сообщений, направленных на изменение полового поведения, важно знать, по каким из них они могут с наибольшей эффективностью достичь целевые группы. Один из успешных способов — это обучение равных равными или неформальными лидерами. Эффективными оказались также лекции на медицинские темы в институциональных или межличностных форумах,

групповые дискуссии или другие подходы с глазу на глаз. Соответствующие возрасту школьные программы помогают охватить молодых людей, посещающих школы, но для внешкольной молодежи необходимы другие каналы, например обучение сверстниками.

Какой бы канал для ведения разъяснительной работы ни был избран, важно проводить ее на языке, который хорошо понятен местной аудитории. Важно подавать информацию с учетом культурных и гендерных особенностей и не допускать усиления каких-либо существующих норм, которые могли бы содействовать распространению ИППП. Профилактическая деятельность должна быть рассчитана на конкретную группу населения и учитывать ее положение, факторы уязвимости и конкретные потребности.

Следует использовать новаторские стратегии повышения спроса на качественные услуги по лечению и профилактике ИППП, например рыночные методы повышения информированности потребителей о том, что представляет собой правильное качественное лечение, которого они должны ожидать от провайдеров медицинской помощи. Этот подход основан на той посылке, что повышение спроса повлияет на предложение медицинских услуг. Однако создание высоких ожиданий, которые не получают удовлетворения, может быть пагубно для успеха.

Медико-санитарное просвещение и консультирование по вопросам ИППП для инфицированных и неинфицированных лиц, включая добровольное консультирование и конфиденциальное тестирование на ВИЧ, должны являться неотъемлемым элементом деятельности любого медучреждения, занимающегося ИППП, поскольку процесс консультирования создает мотивацию к изменению полового поведения и у инфицированных, и у неинфицированных лиц. В процессе медико-санитарного просвещения и консультирования следует также подчеркивать необходимость надлежащего информирования и лечения половых партнеров от любых ИППП, чтобы избежать повторных инфекций.

3.2.2 Обеспечение презервативов и других барьерных методов

Мужской латексный презерватив представляет собой единственную наиболее эффективную существующую технологию снижения половой передачи ВИЧ и других ИППП. Хотя женский презерватив является эффективным и безопасным средством, он не реализовал в полной мере своего потенциала в национальных программах по причине его относительно высокой стоимости. Мужской презерватив наряду с женским презервативом является основным элементом комплексных стратегий профилактики, и необходимо обеспечить их незамедлительную и постоянную доступность для всех тех, кто в них нуждается, с целью снижения рисков подвергнуться воздействию ИППП, включая ВИЧ (46).

В настоящее время ведутся испытания с целью оценки эффективности диафрагм для защиты шейки матки от ВИЧ и ИППП. При совместном применении бактерицидные средства и диафрагма являются наиболее перспективными средствами профилактики, которые могут контролироваться женщинами. В настоящее время ведутся испытания ряда новых бактерицидных средств (13). Если какие-либо из этих новых методов профилактики

ИППП окажутся эффективными, необходимо будет разработать стратегии облегчения их внедрения в различных географических точках и среди различных групп населения.

Для удовлетворения на устойчивой основе национальных потребностей важно обеспечить планирование. После закупки презервативы должны рекламироваться и распространяться через государственный и частный секторы, в медицинских и немедицинских учреждениях. Службы охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи являются хорошим дополнительным каналом распространения презервативов, так как делают их доступными для женщин, которые могут подвергаться риску заражения ИППП. Была продемонстрирована особая эффективность программы социального маркетинга в обеспечении доступности качественных и недорогих презервативов там, где они необходимы, и тогда, когда они необходимы, как в традиционных, так и в нетрадиционных местах продажи. Дополнительно презервативы могут распространяться среди целевых групп населения через общину и выездные службы.

3.2.3 Обеспечение профилактики и лечения ИППП

Целью служб, занимающихся лечением ИППП, является профилактика долгосрочных осложнений и последствий ИППП у уже инфицированных лиц и предотвращение передачи инфекций неинфицированным половым партнерам, плоду и новорожденному.

Стратегические варианты профилактики и лечения ИППП

В любой группе населения есть как инфицированные, так и не инфицированные ИППП лица. Определенная доля людей в обеих этих группах обратится за медицинской помощью либо в связи с симптомами, воспринимаемыми в качестве относящихся к ИППП, независимо от того, инфицированы они или нет, либо в связи с болезнями помимо ИППП. В то же время в общине будут лица с клинически выраженными ИППП, которые по той или иной причине не станут обращаться за медицинской помощью, и не имеющие симптомов, но инфицированные лица. Необходимо определить и применить стратегии, соответствующие всем этим обращениям, на уровнях как общины, так и медицинских учреждений.

Рисунок 2 является схематическим отображением подобного сценария. В левой части таблицы показаны лица с установленной ИППП, а в правой — без ИППП. В верхнюю половину таблицы включены лица с клиническими симптомами (с ИППП или нет), а в нижнюю — лица без симптомов. Таким образом, в верхнем левом секторе показаны лица с истинными клинически выраженными инфекциями, а в нижнем левом секторе — лица, не имеющие симптомов инфекции. Проблема состоит в том, как выявить инфекцию у лиц, которые инфицированы, но не имеют симптомов. В верхнем правом секторе представлены лица, которые не инфицированы, но имеют симптомы, указывающие на наличие инфекции. Эта группа нуждается не в лечении ИППП, а в информации, ободрении и лечении заболевания, возможно вызвавшего эти симптомы. Проблема в отношении этой группы заключается в том, как исключить инфекцию. В нижнем правом секторе отображены лица, не имеющие инфекции и каких бы то ни было симптомов. Этим здоровым лицам необходимы информация и знания о том, как оградить

себя от инфекции. Подобная информация может обеспечиваться либо в рамках общины, либо по мере обращения этих лиц в какое-либо медицинское учреждение. Ниже рассматриваются варианты и изделия, необходимые для осуществления комплексной программы профилактики и лечения ИППП, в плане динамики передачи и различных категорий лиц, обращающихся в медицинские учреждения.

Программы борьбы с ИППП должны содействовать проведению доступных, приемлемых и эффективных мероприятий, представляющих собой комплексное ведение лиц с ИППП, в целях предупреждения последующих случаев инфицирования и многочисленных осложнений и последствий. Ниже приводятся элементы такого ведения (47, 48):

- правильный диагноз с помощью синдромного или лабораторного анализа;
- обеспечение эффективного лечения;
- снижение или предупреждение дальнейшего рискованного поведения с помощью соответствующего возрасту обучения и консультирования.
- пропаганда использования презервативов и снабжение ими наряду с ясными разъяснениями их правильного и систематического использования;
- в соответствующих случаях уведомление половых партнеров и их лечение от ИППП.

Рисунок 2. Клинические проявления ИППП/ИПО и потребности в медицинской помощи

		Общая популяция			
		Лица с ИППП (инфицированные)		Лица без ИППП (не инфицированные)	
ЕСТЬ СИМПТОМЫ	Клинические проявления	ИНФИЦИРОВАННЫЕ, ЕСТЬ СИМПТОМЫ		НЕ ИНФИЦИРОВАННЫЕ, ЕСТЬ СИМПТОМЫ	
		Не обращаются за лечением	Обращаются	за лечением	Не обращаются за лечением
	Мероприятия	Требуетя лечение Стандартизованное ведение больных		Избегать ненужного лечения	
		Консультирование, информирование о симптомах ИППП/ИПО, мотивирование к безопасному поведению и обращению за медицинской помощью Профилактическое консультирование о ВИЧ-инфекции и других ИППП		Обучение по репродуктивному здоровью и мотивирование к безопасному поведению и соблюдению личной гигиены Профилактическое консультирование о ВИЧ-инфекции и других ИППП	
НЕТ СИМПТОМОВ	Клинические проявления	ИНФИЦИРОВАННЫЕ, НЕТ СИМПТОМОВ		НЕ ИНФИЦИРОВАННЫЕ, НЕТ СИМПТОМОВ	
		Не обращаются за медицинской помощью	Обращаются за медицинской помощью по причинам, связанным с ИППП	Не обращаются за медицинской помощью	Не обращаются за медицинской помощью
	Мероприятия	Требуетя лечение		Лечение не нужно	
		Скрининг и сопутствующее обследование Использование экспресс-диагностики ИППП Периодическое эмпирическое лечение Просветительские программы Профилактическое консультирование о ВИЧ-инфекции и других ИППП		Обучение по репродуктивному здоровью и мотивирование к безопасному поведению и соблюдению личной гигиены Профилактическое консультирование о ВИЧ-инфекции и других ИППП	

ИПО – инфекции половых органов; ИППП – инфекции, передаваемые половым путем

В случае диагностирования инфекции или подозрения на ее наличие следует незамедлительно обеспечить эффективное лечение от ИППП, чтобы предотвратить осложнения и остановить передачу инфекции. Пациента следует проинформировать и проконсультировать о соблюдении лечения, уведомлении и лечении половых партнеров от ИППП, снижении риска и правильном и систематическом использовании презервативов. При необходимости больного направляют к специалистам для лечения осложнений или последствий инфекции.

Синдромный подход к лечению ИППП

Традиционно диагноз ИППП ставится по клинической картине (в этом случае нередко ошибки) или по заключению лабораторных исследований, часто трудоемких, дорогих и вынуждающих откладывать лечение до получения результата. Даже в случаях желательности лабораторной диагностики, она часто является ограниченной, особенно в условиях ограниченных ресурсов, вследствие нехватки средств на содержание лабораторий, закупку диагностических наборов и контроль качества. По этим причинам ВОЗ рекомендует синдромное лечение ИППП у больных с типичными признаками и симптомами, отображенными в простых схемах, которые могут использоваться в медицинских учреждениях первичного уровня¹.

Синдромный подход основан на выявлении группы симптомов и легко распознаваемых признаков, ассоциируемых с инфицированием четко определенными возбудителями. Лечение каждого синдрома направлено на основных возбудителей, вызывающих данный синдром в данной местности. Синдромный подход показал высокую эффективность в лечении уретрита и эпидидимита у мужчин и язв половых органов у мужчин и женщин, а также дает хорошие результаты в лечении бленнореи новорожденных. Следует отметить, что синдром вагинальных выделений не является ни специфичным ни чувствительным признаком гонококковой, хламидийной инфекции или иной инфекции шейки матки; однако, если основная цель — лечение вагинита, относимого, например, к бактериальному вагинозу или *Trichomonas vaginalis*, то синдромный подход бывает полезен и становится экономически эффективным во всех условиях (49, 50).

ИППП нередко протекают бессимптомно, особенно у женщин. Для выявления и лечения этих бессимптомных инфекций требуются различные стратегии. К ним относятся выявление больных или скрининг с усиленными мероприятиями по охвату половых партнеров в ходе лечения ИППП и информирование об индивидуальном риске. Под выявлением больных понимается тестирование лиц, обратившихся в медицинские учреждения по иным, нежели ИППП причинам. Чрезвычайно важным аспектом выявления больных является оказание помощи в связи с ИППП в женских консультациях, учреждениях охраны здоровья матерей и детей и службах планирования семьи.

¹ ВОЗ разработала протоколы по семи синдромам: вагинальные выделения, выделения из мочеиспускательного канала, язвы половых органов, боль внизу живота, отек мошонки, паховый лимфаденит, конъюнктивит новорожденных (47).

Распространенным примером выявления больных является обычное обследование на сифилис беременных в дородовых женских консультациях.

Скрининг – это тестирование лиц, которые непосредственно не обращаются за какой-либо медицинской помощью. Так например, важным проявлением скрининга является обследование доноров крови на сифилис, ВИЧ и маркеры вируса гепатита В. Скрининг на уровне общин, когда он осуществим, приемлем и выполняется с соблюдением медицинской тайны и прав человека, может быть эффективным средством выявления и лечения лиц с бессимптомными ИППП. Целевой скрининг лиц в группах с более высоким риском инфекций повысит экономическую эффективность скрининговых программ.

Стратегии выявления больных и скрининга требуют большего, чем разработки экспресс-диагностики ИППП, однако они станут более осуществимыми с появлением таких диагностических тестов на ИППП. Во всех случаях следует уделять тщательное внимание соблюдению врачебной тайны, консультированию и лечению (51).

Стратегии уведомления половых партнеров

Уведомление партнеров, являющееся неотъемлемой частью лечения ИППП, является процессом информирования половых партнеров пациентов с диагностированными ИППП о том, что они подверглись воздействию инфекции, с тем, чтобы они могли обратиться за скринингом и лечением. Уведомление партнеров призвано предотвратить повторную инфекцию у больного и сократить распространение ИППП. Используются три основных подхода:

- для уведомления половых партнеров используются третьи лица (обычно медработники).
- пациенты самостоятельно уведомляют своих половых партнеров или пациенты получают лекарства для передачи их половым партнерам (52).
- пациенты соглашаются уведомить своих половых партнеров при том понимании, что медработники известят тех партнеров, которые не обратятся за лечением в оговоренные сроки.

Эпидемиологическое лечение (лечение той же инфекции или синдрома, что и у индикаторного пациента) должно обеспечиваться всем недавним половым партнерам. Лечение половых партнеров от ИППП является одним из наиболее сложным мероприятий, однако это важный элемент борьбы с ИППП. В его ходе открываются важные возможности для выявления и лечения бессимптомных лиц, особенно женщин на ранней стадии и до развития осложнений. Однако лечение половых партнеров от ИППП не должно быть принудительным и необходимо тщательно соблюдать медицинскую тайну и учитывать гендерный фактор в связи с тем, что последствия для партнеров будут разными в зависимости от их пола и их сексуальных и социальных норм.

Не существует каких-либо убедительных или последовательных данных об относительных результатах трех подходов или выбора пациента среди стратегий. Направление пациента к специалисту сопряжено с меньшими затратами и может быть более эффективно при надлежащем обучении и консультировании (53). Необходимы

дополнительные оперативные исследования, особенно в развивающихся странах, для оценки различных подходов в плане приемлемости, числа половых партнеров, обратившихся за медобследованием, влияние на частоту повторных инфекций индикаторного пациента и заболеваемости ИППП. Кроме того, какой бы подход к уведомлению партнеров не использовался, необходимы мониторинг и документированное отражение затрат и потенциального вреда.

3.2.4 Доступ к лекарствам соответствующей технологии

Препараты для лечения иппп

Бесперебойный доступ к надлежащим препаратам является важным условием успеха программы борьбы с ИППП. Оперативное и эффективное лечение останавливает передачу ИППП и предотвращает появление осложнений и долгосрочных последствий. Большинство препаратов, применяемых для лечения ИППП, недороги, и их цена не должна ограничивать доступ к ним. Некоторые новые и улучшенные препараты стоят, однако, дорого, и для того, чтобы они стали доступны для правительств и больных, требуются механизмы закупок. На доступность препаратов влияют национальные, региональные и международные факторы, в частности, патенты, ограниченные объемы поставок, недостаток конкуренции, тарифы и пошлины на импорт, местные налоги и наценки на оптовую торговлю, сбыт и отпуск.

Препарат, пригодный для лечения ИППП, обладает высокой эффективностью, имеет приемлемую токсичность, по отношению к которой бактериальная резистентность либо маловероятна, либо будет отсрочена, принимается перорально и предпочтительно в виде разовой дозы и не противопоказан для беременных или кормящих матерей. Двухуровневая лекарственная политика, при которой на первичном уровне медицинской помощи предоставляются менее эффективные препараты, а наиболее эффективные (и, как правило, более дорогие) — только на уровне специализированной помощи, может привести к неприемлемо высокой частоте неэффективного лечения, осложнений и направлений больных в другие учреждения, ускорению развития лекарственной устойчивости и подрыву доверия к медицинским учреждениям.

Чтобы обеспечить бесперебойное снабжение безопасными и эффективными препаратами для лечения ИППП, страны должны иметь устойчивую стратегию поставок, обеспечивающую запас препаратов минимум на 60 суток. Стратегии закупок рассматриваются в разделе 3.5.6.

Диагностические тесты на ИППП

Около 80—90% глобального бремени ИППП приходится на развивающиеся страны, в которых доступ к диагностике ИППП ограничен или отсутствует. Для улучшения качества помощи и диагностирования пациенты в условиях нехватки ресурсов необходимо разработать диагностические экспресс-тесты. Улучшенные методы диагностики ИППП особенно необходимы в ВИЧ-эндемичных областях, поскольку некоторые ИППП являются важными факторами, способствующими передаче ВИЧ-инфекции.

Вакцины

Иммунизация групп риска является в целом высокоэффективным методом борьбы против инфекций, поэтому поиски эффективных вакцин против ИППП, включая ВИЧ, являются насущной задачей. Вакцины против ИППП станут важным дополнением к уже существующим методам профилактики ИППП. На сегодняшний день вакцина против гепатита В является единственной эффективной вакциной против одного из патогенов, передаваемых половым путем.

В скором времени появится вакцина против вируса папилломы человека онкогенных типов, о чем свидетельствует недавнее испытание, продемонстрировавшее эффективность вакцины в профилактике первичной и персистирующей инфекции, вызванной вирусом папилломы человека типов 16 и 18 (35). Под эгидой ВОЗ были проведены обсуждения с целью определения надлежащих критериев эффективности вакцин против вируса папилломы человека и стимулирования интереса стран к тому, чтобы начать рассматривать папилломавирусную инфекцию в качестве проблемы общественного здравоохранения. ВОЗ побуждает страны рассмотреть вопрос о пользе включения этих вакцин в их программы, а также проанализировать вопросы приемлемости и осуществимости в плане реализации таких программ вакцинации (34).

Как показали клинические испытания, вакцина против ВПГ-2 значительно эффективнее плацебо, но только у женщин, а не мужчин, причем только у тех женщин, которые не были ранее инфицированы ВПГ-1 (36). По мере дальнейших исследований и клинических испытаний вакцин против ВПГ-2 руководителям страновых программ следует обсудить вопросы проведения испытаний вакцины против ВПГ-2 в различных эпидемиологических условиях для оценки ее полезности, приемлемости и целесообразности, создавая при этом потенциал для исследований и реализации.

Для успеха реализации любой стратегии вакцинации необходимо точно определить целевые группы и обеспечить приемлемость вакцины, особенно среди групп населения, которые возможно не считают, что подвергаются риску ИППП. После определения групп населения и их мобилизации к тому, чтобы принять вакцинацию, важно обеспечить их на надежной и устойчивой основе действенной вакциной для обеспечения успеха стратегии иммунизации. Полезные уроки можно вынести из некоторых программ вакцинации против инфекционных болезней и из недостаточно широкого использования имеющейся вакцины против передачи половым путем вируса гепатита В.

3.2.5 Расширение деятельности

Небольшие и пилотные программы охватывают лишь ограниченные территории и группы населения и потому не могут оказать значительного влияния на бремя ИППП. Для многих программ в области ИППП характерно осуществление мероприятий в ограниченных масштабах на экспериментальной основе, которые хотя и дают хорошие результаты, не позволяют охватить более крупные группы населения и получить более значительный эффект. Для его достижения необходимо оценить технические элементы мероприятий по профилактике и лечению ИППП и шире использовать те из них, которые окажутся эффективными. Цель расширения деятельности состоит в обеспечении охвата

эффективными мероприятиями групп населения, нуждающихся в обслуживании. Это означает расширение территориального охвата и увеличение числа обслуживаемых лиц в конкретной целевой группе населения, включение в программу дополнительных целевых групп населения и расширение мероприятий, осуществляемых в рамках программы.

Расширение деятельности принесет наибольшие результаты, если будет нацелено на приоритетные целевые группы населения (то есть группы, влияющие в наибольшей степени на динамику распространения ИППП) и охватит как можно больше лиц внутри них. Расширение деятельности требует также особого учета:

- качества обслуживания, так как стремление охватить большее число людей может обернуться снижением качества и интенсивности обслуживания;
- возможностей освоения, то есть обеспечения достаточных ресурсов для расширения деятельности;
- устойчивости: прежде, чем расширять деятельность, необходимо предусмотреть механизмы устойчивого обеспечения услуг.

3.3 СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ИНФОРМАЦИИ ДЛЯ РАЗРАБОТКИ ПОЛИТИКИ И ПРОГРАММЫ

3.3.1 Эпидемиологический надзор

Необходимо усилить эпиднадзор за ИППП на национальном, региональном и глобальном уровнях для содействия информационно-разъяснительной работе, разработке, мониторингу и оценке программ и для совершенствования медицинского обслуживания. К основным компонентам эпиднадзора за ИППП, которые нуждаются в усилении, относятся:

- регистрация больных с указанием возраста и пола (составление синдромных или этиологических отчетов в зависимости от имеющихся диагностических тестов; регистрация может быть универсальной или дозорной в зависимости от наличия в стране функциональной системы регистрации инфекционных болезней, подлежащих учету, а также от форм предоставления и организации услуг в связи с ИППП);
- оценка и мониторинг распространенности ИППП с целью установления и отслеживания бремени ИППП (клинически выраженных и бессимптомных) среди заданных групп населения;
- оценка этиологий ИППП;
- мониторинг резистентности к противомикробным препаратам;
- специальные исследования, например оценка качества медицинской помощи с помощью подставных пациентов.

Все перечисленные компоненты дополняют друг друга, и способ реализации каждого из них зависит от существующей инфраструктуры эпиднадзора за ИППП и уже работающих систем регистрации в составе общего эпиднадзора. На мероприятия и приоритеты эпиднадзора за ИППП влияют также масштабы эпидемии ВИЧ в стране (54, 55).

Эпиднадзор второго поколения за ВИЧ-инфекцией

Эпиднадзор за ИППП тесно связан с эпиднадзором второго поколения за ВИЧ и играет в нем особую роль; помимо эпиднадзора за ВИЧ и представления отчетности о случаях СПИДа он включает поведенческие исследования в целях мониторинга тенденций рискованного поведения и эпиднадзор за ИППП для контроля за распространением обычных ИППП среди групп риска по ВИЧ-инфекции. Например, исследования эпидемиологии герпеса половых органов второго типа могут использоваться в качестве маркеров уязвимости по отношению к ВИЧ. Таким образом, укрепление эпиднадзора за ИППП является важным элементом эпиднадзора за ВИЧ-инфекцией.

Эпиднадзор за ИППП должен быть тесно связан с поведенческими обследованиями, особенно обследованиями полового поведения, детерминант эпидемиологии ИППП и обращаемости за медицинской помощью и их связи с недостаточным выявлением и неполной регистрацией ИППП. Эпиднадзор важен также для выявления групп населения, в которых требуются целевые мероприятия.

Периодически необходимо проводить специальные исследования по другим вопросам эпиднадзора за ИППП, которые не включаются в обычную отчетность о заболеваниях или оценки распространенности. Эти исследования могут касаться вспышек некоторых ИППП, например вспышек сифилиса, венерической лимфогранулемы и мягкого шанкра среди определенных групп населения и определенных географических пунктах.

Несмотря на часто встречающееся нежелание информировать об ИППП органы общественного здравоохранения из-за опасений вторжения в частную жизнь, стигматизации, равнодушия или мнения о низкой эффективности процесса уведомлений, система представления отчетности должна в максимально возможной степени охватить частный сектор. Во многих странах больные ИППП стараются получить препараты непосредственно в аптеках или неформальном частном секторе, не пытаясь сначала узнать диагноз у врача. Это может являться причиной существенного занижения отчетности, и могут потребоваться специальные исследования для выяснения масштабов такой практики и степени занижения отчетности. Следует рассмотреть вопрос об использовании стимулов с целью поощрения представления отчетности, включающих аккредитацию и франчайзинг.

Необходимо укреплять существующие системы эпиднадзора, повышая качество лабораторий, материалов и кадров и обеспечивая деятельность механизмов представления отчетности особенно при наличии диагностических служб. Поскольку эффективность действующих сегодня систем эпиднадзора еще более ограничивается из-за недооценки бремени ИППП, которые могут быть отнесены к бессимптомному протеканию инфекции, необходимо осуществлять сопутствующие стратегии скрининга и выявления больных.

Данные для информационно-разъяснительной работы

Регулярный сбор достоверных данных необходим для оценки частоты ИППП, их осложнений и экономических последствий. Эта информация, в свою очередь, дает основания для привлечения внимания политиков и выделения ресурсов для борьбы с ИППП на национальном, региональном и глобальном уровнях.

Данные для разработки и контроля программ

Свежие и достоверные данные нужны также для управления программой. Изучение распространенности ИППП в различных группах населения помогает оценить распределение ИППП, выявить приоритетные целевые группы и оценить долю бессимптомных инфекций. Данные о динамике ИППП помогают оценить эффективность программ и мероприятий по борьбе с ИППП, а также служат биологическими маркерами тенденций опасного полового поведения.

Данные для составления рекомендаций по ведению больных

Устойчивость к широко применяемым противомикробным препаратам, на разработку которых ушли десятилетия, продолжает снижать их эффективность. Устойчивость развивается в основном из-за неправильного применения лекарств в результате их неразборчивого использования и излишнего назначения. Препараты также неправильно употребляются больными, которые не завершают курс лечения, потому что не соблюдают назначения врача или потому, что у них не хватает средств на препараты. Нехватка средств заставляет и врачей, и больных экономить на лечении, выбирая или меньшую дозу препарата, или дешевые, менее эффективные средства. Между тем, назначать нужно именно дорогие препараты, потому что дешевые утратили свою эффективность.

Органы здравоохранения должны отслеживать долю различных микроорганизмов среди возбудителей ИППП-синдромов в местных условиях и выявлять устойчивость возбудителей ИППП к лекарственным средствам, чтобы регулярно обновлять клинические рекомендации и национальные перечни основных препаратов. К возбудителям ИППП, требующим особого контроля, относятся *Neisseria gonorrhoeae*, *Haemophilus ducreyi* и ВПГ-2.

Поскольку в разных странах уровни лекарственной устойчивости сильно различаются, ВОЗ не предлагает для лечения гонореи какой-либо определенный препарат первого ряда. Вместо этого каждая страна должна принять решение в соответствии с характерной именно для нее лекарственной устойчивостью. Это не всегда просто, учитывая, что многие страны не в состоянии собрать такие сведения и вынуждены полагаться на данные соседних стран или региональные оценки.

3.3.2 Мониторинг и оценка

Мониторинг — наблюдение за ходом программы — необходим, чтобы обеспечить выполнение работы в соответствии с планом, отведенными сроками, бюджетом и ожидаемыми результатами. При недостатке данных о ходе программ затрудняется точная оценка результативности и экономической эффективности различных мероприятий по

борьбе с ИППП. Информация важна для выбора приоритетных направлений деятельности, стратегического планирования и распределения ресурсов. Сбор данных и их анализ нужно проводить по следующим стандартным показателям:

- объем предоставляемых услуг (число пациентов, которым предоставлены услуги, число беременных, прошедших скрининг и лечение сифилиса, число презервативов, число пациентов, направленных на добровольное консультирование и тестирование);
- качество предоставляемых услуг (например, доля пациентов, получавших лечение согласно национальным рекомендациям, с использованием стандартных индикаторов, в частности так называемых приоритетных профилактических индикаторов);
- укомплектованность кадрами (например, нагрузка по числу пациентов)
- удовлетворение потребностей пациентов (например, общее число лиц, которым предоставлены услуги, соотношение первичных и повторных посещений, доля обратившихся за помощью минуя другие учреждения);
- текущие расходы и капитальные вложения для оценки продуктивности и экономической эффективности.

Кроме того, важно, чтобы результаты мониторинга, который иногда ограничивается оперативными исследованиями, учитывались при выполнении, оценке и доработке текущих программ и разработке новых. Чтобы узнать, какие мероприятия в конкретных условиях дают наибольшую отдачу, нужно проводить дополнительные оперативные исследования. Для учета гендерных вопросов в разработке стратегий и мероприятий нужны исследования по вопросам женского сексуального и репродуктивного здоровья.

3.4 ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ С ДРУГИМИ ПРОГРАММАМИ И ПАРТНЕРАМИ

3.4.1 Программы сектора общественного здравоохранения

Борьба с ИППП входит в программы по охране здоровья подростков и здоровья женщин, программы планирования семьи, безопасного материнства, иммунизации, снижения детской смертности и профилактики ВИЧ-инфекции. Эти программы взаимосвязаны и должны строить свою работу вместе. Согласование и объединение услуг позволит предоставлять их более широко и тем самым полнее использовать возможности для профилактики, выявления и лечения ИППП. Чтобы сделать обслуживание более качественным и расширить доступ к нему, необходимо также укреплять сотрудничество между государственным и частным секторами. Однако взаимодействие и объединение затрудняются тем, что действующие программы должны приспосабливаться к решению новых задач, в особенности, если эти задачи отличаются от их собственных. В связи с этим могут потребоваться дополнительные контроль и финансовая и организационная поддержка, без которых нельзя ожидать реального объединения. Хотя согласование и объединение улучшат охват и доступность услуг и облегчат планирование, добиться их не просто, и экономическую выгоду они дадут не сразу. Сначала будут трудности и расходы, и только потом можно будет почувствовать и оценить выгоды.

ВИЧ/СПИД

Основной путь передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП — половой. ИППП могут передаваться также при использовании инъекционных наркотиков, переливании крови и продуктов крови, трансплантации тканей и органов, а также вертикальным путем от матери ребенку во время беременности и родов. Многие мероприятия, направленные на профилактику половой передачи ВИЧ и других ИППП идентичны, равно как и целевые группы населения, в которых они проводятся.

При наличии некоторых ИППП облегчается передача ВИЧ. Как показал ряд исследований, это относится в той или иной степени и к язвенным, и к неязвенным патогенам, причем относительный риск колеблется от 1,5 до 8,5 (см. таблицу 2). Увеличение вероятности передачи ВИЧ-инфекции в случае однократного полового контакта вероятно значительно превышает относительные риски, наблюдаемые при когортных исследованиях, поскольку их участники не страдали тем или иным ИППП на протяжении всего последующего периода. Хотя в случае язвенных ИППП сопутствующий эффект усиления риска заражения, по-видимому, более выражен, в некоторых группах населения неязвенные инфекции могут играть более важную роль из-за их частоты и распространенности. В недавних интервенционных ххх исследованиях были получены дополнительные данные и подтверждения влияния ИППП на риск передачи ВИЧ.

Популяционное рандомизированное контролируемое исследование в округе Мванза (Объединенная Республика Танзания), показало, что улучшение ведения больных с клинически выраженными ИППП с использованием синдромного подхода в учреждениях первичной медицинской помощи сократило заболеваемость ВИЧ-инфекцией на 38%. Проведенное в Малави исследование, включавшее ВИЧ-1-положительных мужчин с уретритом, показало, что концентрация РНК ВИЧ-1 в жидкой части спермы была в 8 раз

выше, чем у ВИЧ-1-положительных мужчин без уретрита (18). После антимикробной терапии уретрита через 2 недели концентрация РНК ВИЧ-1 в сперме значительно снизилась, концентрация вирусной РНК в плазме осталась прежней, в контрольной группе существенных изменений концентрации РНК ВИЧ-1 в сперме за 2 недели не произошло. Эти данные показывают, что лечение уретрита снижает заразность ВИЧ-инфекции у мужчин. К тому же, это дополнительно свидетельствует в пользу того, что программы борьбы с ВИЧ/СПИДом, включающие выявление и лечение других ИППП у пациентов, уже имеющих ВИЧ-1, могут способствовать сдерживанию эпидемии.

Лечение ИППП — экономически эффективный вид инвестиций для стран и в отношении борьбы с ИППП как важной причиной заболеваемости, и в отношении профилактики ВИЧ-инфекции. Таким образом, принимая во внимание синергизм ВИЧ и других ИППП и общие элементы их профилактики, программы борьбы с ИППП и ВИЧ-инфекцией должны установить и поддерживать тесные связи и дополнять друг друга. Во многих регионах и странах программы в области ИППП и ВИЧ уже полностью или частично интегрированы или координируются в рамках совместного планирования.

К числу направлений сотрудничества между этими программами относятся информационно-разъяснительная работа, формулирование политики, подготовка кадров, планирование и оценка программ, эпиднадзор и исследования. Программам в области ИППП и ВИЧ следует не только сотрудничать, но и объединять свои ресурсы для планирования и осуществления своей деятельности. Возможными направлениями совместной работы являются:

- информирование пациентов о рискованном поведении и методах профилактики в медицинских учреждениях и обществе с вовлечением как государственного, так и частного секторов;
- консультирование и конфиденциальное и добровольное тестирование на ВИЧ, чтобы люди могли знать свой ВИЧ-статус и пройти обследование на предмет антиретровирусной терапии;
- обеспечение эффективного лечения других ИППП для улучшения качества жизни ВИЧ-инфицированных и снижения инфективности;
- разработка и осуществление стратегий улучшения доступа к соответствующим, безопасным и эффективным лекарственным средствам и качественным презервативам по доступным ценам;
- обеспечение того, чтобы национальные инвестиции в инфраструктуру систем здравоохранения и в системы распределения предметов медицинского назначения способствовали повышению качества и доступности услуг в сфере оказания помощи больным ИППП, включая ВИЧ;
- обеспечение комплексной дородовой помощи, включающей скрининг на такие ИППП, как ВИЧ и сифилис.

Таблица 2. Инфекции, передаваемые половым путем, как фактор риска передачи ВИЧ.				
Источник	Исследуемая группа	Исследуемая ИППП	Относительный риск	Отношение шансов
Plummer, <i>J. Infect Dis</i> 1991 (56)	Секс-работники, Кения	Хламидиоз		3,6
Laga, <i>AIDS</i> 1993 (57)	Секс-работницы, Демократическая Республика Конго	Хламидиоз Гонорея Трихомоноз		3,6 4,8 1,9
Dominguez, <i>Int Conf AIDS</i> 1996 (58)	Сельские женщины, США	Впервые выявленные ИППП		7,2
Kassler, <i>AIDS</i> 1994 (59)	Гетеросексуальная когорта, США	Гонорея		2,5
Craib, <i>Genitourin Med</i> 1995 (60)	Когорта МСМ, Канада	Гонококковый проктит		3,18
Cameron, <i>Lancet</i> 1989 (57)	Гетеросексуальные мужчины, Кения	В основном мягкий шанкр	4,7	
Telzak, <i>Ann Intern Med</i> 1993 (61)	Гетеросексуальные мужчины, США	Язвы половых органов, мягкий шанкр	3,0	
Limpakarnjanarat, <i>Sex Transm Inf</i> 1999 (62)	Секс-работницы, Таиланд	Сифилис Язвы половых органов и герпес		3,7 2,0–2,4
Mbizvo, <i>Cent Afr J Med</i> 1996 (63)	Пациентки служб дородовой помощи, Зимбабве	Язвы половых органов + ВЗТ		5,8
Bollinger, <i>JAMA</i> 1997 (64)	Пациенты венерологических клиник, Индия	Язвы половых органов		4,2
Stamm, <i>JAMA</i> 1988 (65)	МСМ, США	Герпес, сифилис	3,3–8,5	
Holmberg, <i>JAMA</i> 1988 (66)	МСМ, США	Герпес	4,4	
Darrow, <i>Am J Public Health</i> 1987 (67)	МСМ, США	Сифилис	1,5–2,2	

Сексуальное и репродуктивное здоровье

Между службами, занимающимися ИППП, и службами охраны сексуального и репродуктивного здоровья существует широкое взаимодействие. И те, и другие стремятся улучшить качество жизни, в особенности половой и репродуктивной жизни женщин и мужчин. Ниже перечислены ключевые области взаимодействия этих служб.

- Улучшение доступа к службам, занимающимся ИППП. Поскольку клинические учреждения дородовой помощи, охраны здоровья матери и ребенка и планирования семьи обслуживают большое число женщин репродуктивного возраста, с их помощью можно значительно увеличить охват женщин, которые не обращаются в венерологические клиники и лечебные медицинские учреждения общего профиля. Санитарное просвещение и консультирование по вопросам ИППП, ориентированное на соответствующие возрастные группы, будет способствовать профилактике инфекций. Внедрение систематических скрининговых программ позволит выявлять и лечить бессимптомные ИППП и избежать многих вызванных ими осложнений беременности.

- Улучшение здоровья женщин. ИППП и ИПТ значительно повышают заболеваемость женщин, увеличивая риск бесплодия, внематочной беременности, рака шейки матки, самопроизвольного аборта и ВИЧ-инфекции. Поэтому профилактика, выявление и раннее лечение ИППП — важные элементы медицинской помощи женщинам.
- Обеспечение выбора и безопасности контрацептивных средств. Поскольку некоторые ИППП и ИПТ ограничивают выбор методов контрацепции и поскольку симптомы ИППП и ИПТ могут быть приняты за побочные эффекты используемого метода контрацепции (следствием чего может быть плохое соблюдение метода или отказ от него), скрининг и лечение ИППП, наряду с обучением двойной защите, являются важными элементами обеспечения выбора и безопасности контрацептивных средств.
- Помощь жертвам изнасилования и гендерного насилия. Насилие может иметь тяжелые последствия для репродуктивного здоровья женщины, в том числе заражение ИППП. Жертвам изнасилования должны предоставляться услуги по постконтактной профилактике ВИЧ-инфекции и лечению ИППП. В том случае, когда об ИППП нужно уведомить партнера женщины, нужно делать это с учетом гендерных факторов, чтобы не допустить насилия. Необходимо выявлять успешные случаи уведомления партнера о факте ИППП в различных культурных условиях и в то же время приступать к оперативным исследованиям в целях изучения способов уведомления партнера в более приемлемой форме в самых разнообразных социально-культурных и религиозных условиях.
- Скрининг и лечение ИППП. С помощью скрининга и лечения ИППП можно улучшить медицинские последствия искусственных абортов, поскольку присутствие инфекции в нижнем репродуктивном тракте на момент аборта является фактором риска в плане постабортных осложнений (68). Поэтому выявление и лечение ИППП до совершения аборта являются важным шагом в профилактике постабортных инфекций.
- Внедрение подходов, учитывающих гендерный фактор. Как перед службами, занимающимися ИППП, так и перед службами охраны репродуктивного здоровья стоят одинаковые задачи внедрения подходов, учитывающих гендерный фактор, в частности вовлечения мужчин, охвата маргинальных или игнорируемых в иных отношениях групп населения (например, секс-работников, токсикоманов, городской и сельской бедноты, мигрантов, перемещенных лиц и беженцев) и удовлетворения особых потребностей подростков.
- Профилактика ИПТ. Не передающиеся половым путем ИПТ обычно протекают с симптомами, которые ошибочно могут быть приняты за симптомы ИППП. Эндогенные ИПТ, то есть бактериальный вагиноз и кандидоз, возникают в результате нарушения нормальной бактериальной микрофлоры женских половых органов. Бактериальный вагиноз — самая распространенная ИПТ в мире и самая частая в развивающихся странах причина синдрома выделений из влагалища. В странах Африки к югу от Сахары бактериальный вагиноз обнаруживается почти у 50% беременных. Бактериальный вагиноз может быть причиной преждевременных

родов, рождения маловесного ребенка, преждевременного излития околоплодных вод, послеродового сепсиса и самопроизвольного аборта (69). Кроме того, он может облегчать передачу ВИЧ (70). Обучение профилактике ИППТ и их осложнений должно проводиться службами охраны репродуктивного здоровья вместе с работой по борьбе с ИППП.

- Профилактика осложнений трансцервикальных вмешательств, например профилактика восходящих инфекций путем выявления и лечения ИППП перед установкой внутриматочного контрацептива или прерыванием беременности. Кроме того, женщинам, желающим установить внутриматочный контрацептив, нужно рекомендовать выбрать другой тип контрацепции, если они не исключают возможность заражения ИППП (71).
- Нарастание масштабов применения существующих и потенциальных вакцин в целях профилактики онкологических заболеваний половых органов и печени и некоторых ИППТ. Сотрудничество и совместное планирование работы между программами по ИППТ и репродуктивному здоровью в рамках национальных программ иммунизации будет способствовать прекращению применения существующих и потенциальных вакцин, например, против вируса гепатита В и папилломы человека, и создаст готовый канал введения в практику любых новых вакцин.

Кроме того, службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья имеют наилучшие возможности для обеспечения здоровья женщин, новорожденных и детей в сотрудничестве с программами ИППП. Службы охраны сексуального и репродуктивного здоровья должны обеспечивать следующее:

- Медико-санитарное просвещение по вопросам профилактики инфекции ВИЧ и других ИППТ, включая такие долгосрочные последствия, как ВЗТ, бесплодие, внематочная беременность и онкологические заболевания половых органов. Гендерное неравенство, роли, сложившиеся в условиях данной культурной среды, и биологические факторы - все это способствует повышению степени подверженности женщин и молодежи риску приобретения той или иной инфекции. Для разработки более адресных и специфичных мер по снижению бремени ИППТ и связанных с ними осложнений, а также обусловленных ими последствий необходимо признать факт влияния таких факторов, как этническая принадлежность, культурная среда, сексуальная ориентация, географическое место проживания (в городе, сельской местности или недоступных удаленных районах), возраст и различные жизненные навыки.
- Профилактика врожденного сифилиса. Эффективная профилактика и выявление врожденного сифилиса зависит, в первую очередь, от профилактики сифилиса у беременных. Если этот этап не дает результата, то вторичная профилактика состоит в обследовании на сифилис беременных и в адекватном лечении как женщины, так и ее полового партнера. Учитывая большой социальный и экономический ущерб от врожденного сифилиса, а также вероятность изменений эпидемиологии сифилиса, дородовое обследование на сифилис с последующим лечением серопозитивных

женщин является чрезвычайно экономичным методом профилактики врожденного сифилиса и профилактики осложнений нелеченного сифилиса у родителей, причем даже в условиях, где распространенность сифилиса составляет менее 1%.

- Обследование на сифилис всех беременных при первом обращении за дородовой помощью желательно в первые 28 недель беременности (72). В местах с высоким риском врожденного сифилиса можно проводить повторное обследование на сифилис на 36-й неделе беременности или в родах. Необходимо разработать подробные национальные рекомендации по клиническому и серологическому обследованию матери и ребенка.
- Разъяснение необходимости лечения ИППП у половых партнеров и оценка риска повторного заражения и проведение соответствующих мероприятий.
- Беременным, у которых обнаружен сифилис или другие ИППП, нужно предлагать пройти консультирование и конфиденциальное тестирование на ВИЧ. В условиях высокого уровня распространенности ВИЧ добровольное консультирование и тестирование необходимо предлагать всем беременным женщинам.
- Профилактика слепоты у новорожденных. В местах с распространенностью гонореи у беременных □ 1% профилактика бленнореи новорожденных экономически высоко эффективна (24).
- Службы диагностики и лечения ИППП у детей, подвергающихся сексуальной эксплуатации и жестокому обращению. Сексуальная эксплуатация и жестокое обращение с детьми и подростками признаны серьезной социальной проблемой, требующей внимания политиков, педагогов и различных специалистов, оказывающих социальную и медицинскую помощь и базовые социальные услуги жертвам сексуальной эксплуатации и насилия. Мероприятия по скринингу и выявлению у ребенка возбудителей ИППП, в том числе ВИЧ, должны проводиться квалифицированными работниками детских клиник с соблюдением установленных на местном уровне процедур и руководящих принципов. Поскольку инфекция может протекать бессимптомно, необходимо разработать стандарт по ведению детей и подростков с ИППП, в отношении которых подозреваются сексуальные посягательства (47). Пострадавшим детям должна оказываться психологическая и социальная поддержка.

Медицинское обслуживание подростков

ИППП представляют основную угрозу для здоровья подростков, ведущих половую жизнь¹. Ежегодно 1 из 20 подростков заражается каким-либо бактериальным ИППП, причем возраст заражения снижается (74). В большинстве проектов по укреплению сексуального и репродуктивного здоровья подростков акцентируется консультирование по

¹ ВОЗ относит к подросткам лиц в возрасте 10-19 лет, юношеству — лиц 15-24 лет. Молодые люди представляют собой комбинацию этих двух пересекающихся групп, охватывающих возраст 10 лет-24 года (73).

сексуальному здоровью и планирование семьи, однако в ряду их целей в области обслуживания оказанию помощи при ИППП уделяется недостаточное внимание. Вовлечение родителей и молодых людей в надлежащем зрелом возрасте в планирование и осуществлении мероприятий в их интересах имеет важное значение для оказания воздействия на их поведение. Программы борьбы с ИППП, включающие услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья в качестве элемента первичной медицинской помощи, должны включать и обеспечивать как минимум следующие основные меры.

- Усиление эпиднадзора за ИППП у подростков и молодежи. Данные об ИППП следует собирать с учетом возраста и пола, чтобы обеспечить надлежащую оценку программ и реагирование в целях удовлетворения потребностей подростков
- Повышение информированности и знаний подростков об ИППП и их осложнениях, а также способах их профилактики. Следует обеспечить надлежащее половое обучение и регулярный доступ к мужским и женским презервативам с ясными разъяснениями относительно их правильного и регулярного использования для всех, кто в них нуждается. Это послужит общей цели улучшения сексуального здоровья и благополучия подростков (45).
- Повышение доступности служб ИППП для подростков. Маловероятно, чтобы одной модели обеспечения помощи при ИППП было достаточно для удовлетворения потребностей всех подростков. Обслуживание можно развивать на базе уже существующих услуг, в том числе: медицинских учреждений для взрослых, сделав их более комфортными для подростков после специального обучения персонала; клиник сексуального и репродуктивного здоровья для подростков; служб комплексной помощи, где молодые люди смогут получить все медицинские услуги; многопрофильных медцентров для молодежи и соответствующих возрасту служб на базе школ или служб, связанных со школами (75). Однако могут потребоваться новые новаторских подходы, например мобильные клиники для охвата наиболее уязвимых групп молодежи, включая секс-работников и безнадзорных детей, особенно во время крупных фестивалей и мероприятий.

3.4.2 Частный сектор

Хотя бесплатные государственные службы доступны даже в наиболее нуждающихся странах, они не всегда могут быть приемлемы для клиентов, укомплектованы надлежащим медицинским персоналом или располагают необходимыми препаратами. Традиционно больные ИППП обращаются в первую очередь в частный сектор или к знахарям и неофициальным провайдерам, даже полагая, что в техническом отношении уровень государственных клиник является более высоким. Для многих людей частные провайдеры, независимо от того, имеют ли они медицинскую квалификацию, или нет, более приемлемы, поскольку считается, что они более доступны, обеспечивают большую конфиденциальность и часто имеют репутацию менее стигматизирующих, чем государственные учреждения. Широко распространено также самолечение после приобретения препаратов напрямую у фармацевтов и торговцев лекарствами.

При таком положении вещей государственная политика и мероприятия должны охватывать частный и неформальный секторы, и помощь при ИППП должна оказываться на началах партнерства между государственным и частным секторами. Правительства должны принять эффективные и надлежащие меры регулирования, чтобы обеспечить техническое качество и подотчетность услуг в связи с ИППП, оказываемых в частном секторе. На уровне страны должны быть рассмотрены стратегии сотрудничества и контроля качества. Они могут включать обучение фармацевтов и частнопрактикующих лиц ведению больных ИППП и их ознакомление с национальными руководящими принципами. В зависимости от ситуации и проводимой политики, действующих законов и нормативов правительствам следует изучить пути установления официальных отношений с объединениями фармацевтов, ассоциациями знахарей и других провайдеров в целях содействия оказанию надлежащей помощи в сфере ИППП. Эта деятельность должна осуществляться в сотрудничестве с самими общинами.

3.4.3 Участие местного населения

Участие местного населения в принятии решений, которые влияют на здоровье, имеет большое значение, и программы борьбы с ИППП должны найти способы получения помощи со стороны всей общины через соответствующих представителей гражданского общества. Наилучшим образом это достигается налаживанием партнерских отношений с неправительственными организациями, профессиональными организациями, местными общественными организациями и частным сектором. Местное население следует информировать о доступности, преимуществах и недостатках различных поставщиков услуг в сфере ИППП. Можно организовать группы по защите прав потребителей: хорошо информированные и знающие свои права пациенты могут способствовать улучшению оказанию помощи. Потребителей можно поощрять обращаться к тем поставщикам услуг, которые соблюдают установленные, согласованные и доведенные до сведения всего населения стандарты качества. Для привлечения местного населения можно использовать следующие стратегии:

- предоставить информацию для повышения осознания населением этой проблемы и повысить спрос на практические меры и услуги;
- проводить постоянные консультации с местным населением;
- привлекать население к разработке и проведению практических мероприятий;
- вместе с населением нести ответственность за результаты программ;
- привлекать местных политических, религиозных и неформальных лидеров к пропаганде профилактики и лечения ИППП.

Религиозные и профессиональные организации нередко формируют мнения, позиции и поведение как у последователей веры, так и в обществе в целом. Во многих местах у них есть уникальные возможности для медико-санитарного просвещения по вопросам ВИЧ и других ИППП через существующие сети, которые достигают даже самые отдаленные населенные пункты и группы населения. Такие основанные на общинах организации могут

быть важными партнерами в содействии профилактике, консультировании, помощи на дому, клинической помощи и даже в более сложном лечении, а также в уменьшении стигматизации и дискриминации. Поэтому их следует привлекать к обсуждению вопросов сексуальности, гендера и ИППП, включая ВИЧ-инфекцию для создания и усиления среды, способствующей обсуждению этих вопросов. Расширение сотрудничества с этими организациями и усиления их потенциала имеют важное значение для обеспечения большей эффективности их работы в партнерстве с правительствами и другими учреждениями в профилактике ИППП и борьбе с ними.

3.4.4 Другие партнеры

К борьбе с ИППП следует привлекать ряд других партнеров и заинтересованных сторон. В зависимости от условий, в их число могут войти министерства образования, труда, культуры и спорта, руководящие органы полиции и пограничного контроля, а также частные компании, в том числе работающие в сфере туризма и транспорта. Вместе с этими партнерами можно разрабатывать различные стратегии профилактики ИППП и борьбы с ними, в том числе в сфере образования и по месту занятости. Нужно разработать механизмы для поощрения организаций к тому, чтобы они были подотчетными за помощь при ИППП. В ряде случаев необходимо международное сотрудничество для организации работы с лицами, занятыми «челночной» торговлей, временными и постоянными мигрантами, вынужденными переселенцами, а также лицами, которым приходится много переезжать по роду своей деятельности.

3.5 УКРЕПЛЕНИЕ ПОТЕНЦИАЛА СИСТЕМ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ДЛЯ ЭФФЕКТИВНОГО МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ

Системы здравоохранения, понимаемые в широком смысле как совокупность всех медицинских организаций, институтов и ресурсов, являются фундаментом для введения, реализации и контроля программ и мероприятий по борьбе с ИППП, обсуждаемых в данном документе. От потенциала систем здравоохранения каждой страны будет во многом зависеть, смогут ли национальные программы борьбы с ИППП предоставить высококачественную помощь на наибольшей территории, охватить ущемленные и целевые группы населения и тем самым добиться значимого снижения бремени ИППП и других ИПТ, предотвращая в то же время распространение новых инфекций. Способность оказывать услуги справедливым образом имеет большое значение, особенно учитывая стигматизацию, которая связана с первичной профилактикой и лечением ИППП. Во многих местах с ограниченными ресурсами системы здравоохранения испытывают перегрузки, имеют недостаточное финансирование и слабую материально-техническую базу, что затрудняет удовлетворение настоящих и будущих потребностей. Для укрепления систем здравоохранения в таких странах особый упор нужно сделать на стабильное финансирование (включая мобилизацию, объединение и распределение ресурсов и выплаты), управление и регламентацию деятельности (для обеспечения качества и справедливости обслуживания) и сотрудничество между государственным и частным секторами для достижения максимального охвата деятельности программ.

В странах, в которых проводится реформа систем здравоохранения, необходимо добиваться, чтобы она распространялась и на службы профилактики и лечения ИППП. При определении приоритетов в ходе составления основного пакета медико-санитарных мероприятий для первичной медицинской помощи необходимо учесть значительный вклад ИППП в общее бремя плохого репродуктивного здоровья. Цели реформ (повышение качества, справедливости, отзывчивости клиентов, а также стабильности и эффективности) должны распространяться и на провайдеров медицинских услуг в области ИППП. В частности, для расширения доступа к этим услугам следует использовать финансирование и эффективное участие частного сектора.

В борьбе с ИППП системы здравоохранения должны опираться на анализ эпидемиологических данных и исследования опасных форм полового поведения, факторов, которые повышают уязвимость к ИППП и влияют на обращаемость за медицинской помощью, а также оценку навыков и позиций провайдеров медико-санитарных услуг. Исходя из результатов этого анализа, следует разработать комплексную программу профилактики ИППП и борьбы с ними, охватывающую все группы населения, для которых необходимы практические меры. Стратегии оказания помощи должны быть приспособлены к потребностям конкретных групп населения, для которых они предназначаются. Программа должна охватывать весь комплекс задач профилактики ИППП и борьбы с ними, включая укрепление здоровья, профилактические и лечебные мероприятия и технологии, а также связи со службами планирования семьи, сексуального и репродуктивного здоровья, иммунизации, борьбы с ВИЧ/СПИДом и другими. Для многосекторальных ответных действий она должна расширять сотрудничество с различными партнерами в государственном и частном секторах.

Программа борьбы с ИППП должна также содержать план мониторинга воздействия ее выполнения. Своевременное предоставление данных о ходе работы и ее результатах будет способствовать выделению ресурсов на дополнительные мероприятия и выбору направлений дальнейшего развития программы.

3.5.1 Доступ к службам профилактики и лечения ИППП

В большинстве стран люди могут выбирать из нескольких служб, предлагающих помощь при ИППП. Государственные провайдеры конкурируют со множеством различных квалифицированных и неквалифицированных частных провайдеров медицинских услуг, в том числе услуг практиков народной медицины. Как в государственном, так и частном секторах услуги по диагностике и лечению ИППП могут предоставлять специализированные (венерологические) клиники, амбулаторные отделения больниц с другой специализацией (акушерские, гинекологические, кожные, урологические), диспансеры, учреждения первичной медицинской помощи, центры планирования семьи, женские консультации и центры охраны здоровья матери и ребенка. Насколько широко услуги по диагностике и лечению ИППП должны предоставляться в учреждениях первичной медицинской помощи или специализированных учреждениях, зависит от эпидемиологических, организационных и финансовых обстоятельств, кроме того, нужно принимать во внимание обращаемость за медицинской помощью и предпочтения различных подгрупп населения.

Во многих случаях проблема заключается в недостатке качественной помощи. Создание государственных служб профилактики и лечения ИППП не всегда приводит к улучшению охвата приоритетных групп населения, даже если эти службы оснащены на самом высоком уровне и предоставляют услуги бесплатно. Чтобы сделать помощь доступной, необходимо учесть целый ряд дополнительных факторов и всегда ориентировать ее на потребности пациентов. При планировании служб особое внимание нужно уделять гендерной справедливости и оказанию помощи подросткам, малоимущим и маргинальным группам населения. Службы нужно сделать более удобными для пациентов, при этом имеют значение территориальная доступность служб, доброжелательность персонала, конфиденциальность обстановки, соблюдение медицинской тайны, сокращение очередей. Частный сектор, включая аптекарей и других распространителей лекарств, необходимо побуждать к предоставлению качественных услуг, используя методы регулирующего надзора и контроля. В обществе и среди потребителей услуг необходимо пропагандировать здоровый образ жизни в целом и безопасное половое поведение в частности, подчеркивая важность диагностики и лечения ИППП квалифицированными медицинскими работниками. Для некоторых групп населения лекарственные средства и презервативы могут быть недоступны из-за высокой цены или по другим причинам. Необходимо пересмотреть политику, чтобы повысить доступность препаратов, в частности с помощью лекарственных субсидий для бедных, широкого снабжения презервативами всех групп населения, покрытия расходов на диагностику медицинским страхованием и механизмов направления за специализированной помощью. Повысить доступность медицинской помощи для некоторых групп населения помогает выездная работа.

3.5.2 Обеспечение качества

Децентрализация и приватизация медицинского сектора — компоненты проводимых правительствами реформ здравоохранения. Одна из важнейших задач для правительств является обеспечение качества в большом и быстро растущем частном секторе, о котором имеется мало информации. Правительства должны выполнять ключевую функцию государства по созданию механизмов, гарантирующих качественное медицинское обслуживание населения как в государственном, так и частном секторах.

Национальные рекомендации по ведению больных с ИППП

Для обеспечения качественной помощи необходимо разработать рекомендации по ведению больных с учетом местных условий и довести их до всех поставщиков услуг по ИППП. В разработке, адаптации и распространении рекомендаций должны участвовать представители как государственного, так и частного секторов. Обучать предмету и использованию рекомендаций нужно как государственных медицинских работников, так и частных поставщиков медицинских услуг.

Синдромный подход к ведению больных с ИППП позволяет преодолеть многие препятствия предоставлению качественных и эффективных услуг, особенно (но не только) в условиях нехватки ресурсов. Этиологический диагноз ИППП желателен, но при нехватке ресурсов зачастую невозможен. При участии национальных экспертов и комитетов нужно разработать тактику ведения ИППП, которая будет полезной для всех

групп пациентов. Можно ввести в действие тщательно продуманный набор клинических протоколов, соответствующих различным финансовым, кадровым и материально-техническим ресурсам и эпидемической нагрузке.

Лицензирование, сертификация и аккредитация

Лицензирование специалистов и сертификация учреждений помогают поддерживать качество и безопасность медико-санитарных услуг и их равномерное территориальное распределение. Лицензирование и сертификация должны применяться не только в сфере медицинского обслуживания, но и в фармацевтике и медицинском страховании. Эти механизмы эффективного государственного управления наилучшим образом действуют при налаживании тесных связей с частным сектором. Участие профессиональных объединений и других саморегулирующихся организаций, которые функционируют совместно с государственными учреждениями или отдельно от них, является необходимым элементом регулирования и контроля качества.

Аккредитация — это процедура, посредством которой подтверждается соответствие учреждения установленным стандартам, и которая часто связана с покрытием медицинских услуг схемами медицинского страхования. Лицензирование и сертификация провайдеров услуг, поддерживаемые профессиональными ассоциациями, а также общественными кампаниями по просвещению потребителей на местных языках, помогают обеспечивать стандарты качества медицинской помощи. Важную роль в обеспечении качества играют аккредитация программ профессиональной подготовки и обучения на рабочих местах (в том числе контроль учебных планов и требования по повышению квалификации).

Если условия для контроля и управления ограничены или отсутствуют, как это часто бывает при нехватке ресурсов, лица, определяющие политику, должны найти способы стимулирования к соблюдению правильных методов работы. Один из таких способов — аккредитация и другие формы управления, связанные с получением платежей, (включая покрытие медицинским страхованием) для частных поставщиков услуг, которые предоставляют комплексную высококачественную помощь при ИППП по приемлемым ценам (76). Поощрительные платежи можно связать с требованием регулярной передачи данных в органы здравоохранения, участия в программах повышения квалификации и клинического аудита. Другие методы стимулирования, не связанные с платежами, но по сути финансовые включают доступ к субсидиям на лекарства и другие предметы медицинского назначения (например, программы социального маркетинга презервативов), льготный доступ к диагностическим и специализированным службам, возможность участвовать в схемах с получением привилегии на предоставление услуги и права на отказ в ее предоставлении, например схемах с ваучерами или другими формами предоплаты, предоставляемыми напрямую клиентам. Содействовать соблюдению установленных правил будут обеспечение регулирующих органов необходимыми ресурсами, четкое разделение ролей между контролируемыми и подконтрольными сторонами и создание групп по защите прав потребителей.

Экспертная оценка и саморегулирование

Там, где работают эффективные механизмы регулирования, имеет место тесный диалог между правительством и профессиональными ассоциациями в частном секторе. Профессиональные ассоциации и объединения поставщиков услуг могут использовать внутреннюю экспертную оценку и содействовать саморегулированию в сотрудничестве с правительством. Например, они могут содействовать повышению качества услуг, предоставляемых своими членами, путем введения систем профессиональной аттестации и повышения квалификации, предполагающих посещение участниками учебных занятий и семинаров. Однако несколько рандомизированных контролируемых исследований показали, что программы повышения квалификации, не подкрепленные финансовым стимулированием или доступом к лучшим условиям труда, приносят небольшую пользу по улучшению методов работы (77).

Инспектирование: поддержка и контроль

Регулярное инспектирование медицинских учреждений имеет большое значение для сохранения высокого качества медицинской помощи и поддержки морального духа и мотивации персонала, как это было еще раз показано в Мванзе (Объединенная Республика Танзания). Инспектирование не должно ограничиваться государственными учреждениями: в частном секторе оно нужно для поддержания качества услуг и повышения квалификации персонала и может быть основой для сотрудничества с государственным сектором. Инспектирование должно быть направлено на содействие провайдером медицинских услуг, а не на их устрашение, и вести к совершенствованию их работы и постоянному улучшению качества помощи. Важное значение имеет подготовка инспекторов, чтобы они ставили своей задачей оказание поддержки, а не оценивание и выискивание ошибок.

Консультативные центры

Создание национальных и региональных консультативных центров для направления в них сложных случаев и подтверждения диагноза улучшает контроль качества. Предписания по выдаче направлений с указанием, когда и куда эти направления должны выдаваться, должны быть частью стандартных руководств по ведению пациентов, разработанных для всех медицинских работников, оказывающих помощь при ИППП. Нередки случаи, когда пациенты не используют выданные им направления (78). Прежде чем выдавать направление, нужно подумать, не будет ли поездка для больного напрасной тратой времени и денег.

Активный надзор и повышение квалификации путем разбора случаев и учебных занятий на рабочем месте помогают наладить связи между центром и первичными службами. Консультации и обмен информацией при непосредственном общении или по телефону также способствуют профессиональным контактам и доверию.

Однако еще важнее создать районную программу с согласованием целей, задач, стандартных протоколов и производственных показателей, а также проведением итоговых совещаний один или два раза в год. При этом связи с консультативным центром

становятся более широкими и двусторонними, а взаимоотношения между персоналом более глубокими и мотивированными.

3.5.3 Финансирование

Финансирование и выплаты — центральные функции каждой системы здравоохранения, которые включают четыре основных задачи: мобилизация ресурсов, объединение ресурсов в фонды, распределение ресурсов, закупки и выплаты. Хотя каждая система здравоохранения выполняет эти функции, каждая делает это по-своему, исходя из особенностей организационной структуры, общественных ожиданий и систем руководства. От финансирования здравоохранения во многом зависят ширина развертывания программ, обеспечение справедливого и равного доступа и результаты.

Мобилизация ресурсов на борьбу с ИППП неотделима от программ по ВИЧ/СПИДу. Гарантированное выделение адекватных средств на службы борьбы с ИППП в общих пакетах финансирования программ по ВИЧ/СПИДу — обязательная часть международных и национальных решений в области финансирования, особенно когда требуется расширять существующие мероприятия по борьбе с ИППП. Учитывая, что профилактика ИППП и борьба с ними является частью финансирования борьбы с ВИЧ, политика в отношении оплаты пользователями услуг по оказанию помощи при ИППП и ВИЧ должна быть одной и той же.

В условиях, в которых поставщикам медицинских услуг предлагается самим изыскивать средства путем взимания платы с больных, должны действовать исключения для малоимущих. Всеобщий охват достигается, если взамен взимания платы с больных разрабатываются системы предоплаты услуг, например медицинское страхование или медико-социальное страхование. По мере создания и расширения в странах систем медицинского страхования (государственное страхование, страхование по месту работы, частное страхование и страхование из общественных фондов) программам борьбы с ИППП нужно будет обеспечить, чтобы их медицинские процедуры были включены в основной набор медицинских услуг, покрываемых страхованием. Во многих странах с ограниченными ресурсами расходы на лекарственные средства составляют наибольшую часть затрат, покрываемых населением за свой счет (прямые платежи населения, не оплачиваемые здравоохранением или медицинским страхованием) (79). Прямые платежи за лекарства составляют до 65% общих затрат на лекарства в Африке к югу от Сахары и до 81% в Азии (80). В развитых странах они редко превышают 20% (81).

Адекватные или почти адекватные финансовые потоки на каждом уровне системы улучшают эффективность и гибкость медицинского обслуживания при ИППП. В странах, в которых такие решения децентрализованы, распределение финансов часто производится на местном уровне, что требует от руководителя программы по ИППП эффективного лоббирования и специальных навыков по разработке и осуществлению бизнес-плана. Как правило, государственные клиники в странах с ограниченными ресурсами плохо оборудованы и недостаточно финансируются, что приводит к снижению ответственности персонала. Следует поощрять гибкость в разработке и осуществлении различных платежей и закупок, отвечающих местным условиям. Следует использовать методы, направленные

как на потребление (например, ваучеры), так и снабжение (поощрительные выплаты как надбавка к заработной плате).

С переходом многих правительств и спонсоров на секторальный подход к выделению помощи здравоохранению программы ИППП должны добиваться, чтобы их деятельность по лечению и профилактике входила важной строкой в список целей и задач сектора. При секторальном подходе средства выделяются всему сектору здравоохранения, а не конкретным проектам, и приоритеты в секторе здравоохранения определяются министерством здравоохранения. Хотя это может содействовать более эффективному использованию средств, в то же время существует риск, что в развивающихся странах финансирование служб помощи при ИППП, которым при составлении бюджета здравоохранения традиционно уделялось мало внимания, будет сокращаться и дальше.

3.5.4 Кадровая работа

Обучение руководству, управлению, стратегическому планированию, адвокации, организации снабжения и информационных систем в здравоохранении и другим функциям в сфере управления национальными программами борьбы с ИППП и ИПТ в данной стратегии не обсуждается. Эти вопросы должны быть частью более широкой кадровой политики здравоохранения. В данном разделе рассматривается обучение медицинского персонала, оказывающего помощь при ИППП.

Запланированные потребности в кадрах для служб профилактики и лечения ИППП могут быть удовлетворены, в какой-то мере, путем сохранения и переподготовки уже имеющегося медицинского персонала и, отчасти, путем найма и обучения новых сотрудников. Сотрудники программ борьбы с ИППП должны быть обучены в соответствии со своими обязанностями и спецификой своей деятельности. Например, если сотрудники служб дородовой помощи и планирования семьи будут предоставлять услуги по диагностике и лечению ИППП, в программе их подготовки должен быть соответствующий курс. Или, если врачи будут заниматься обучением и консультированием пациентов, в их подготовку должны быть включены соответствующие навыки.

Медицинские институты и другие специализированные учреждения, занимающиеся обучением, должны усилить базовую подготовку врачей, медсестер, лаборантов, фармацевтов, работников общественного здравоохранения по всему комплексу вопросов, связанных с ИППП, включая все аспекты профилактики, помощи и консультирования. В учебные планы нужно включить синдромное ведение больных, его особенности при ИППП, научное обоснование, преимущества и недостатки. Обучение по ИППП обязательно должно входить в учебные планы последипломного государственного медицинского образования.

Обучение без отрыва от производства должно проходить все медицинские работники, включая врачей, фармацевтов, работников регистратур и других лиц, работающих с пациентами. Обучение не должно ограничиваться биомедицинскими вопросами ведения ИППП, необходимо уделять внимание профессиональной этике.

Следует использовать новые методы обучения, такие как дистанционное и компьютерное обучение.

Важную роль в повышении квалификации кадров, особенно в частном секторе, играют профессиональные ассоциации. Для обучения можно использовать тренинги, конференции, журнальные публикации, почтовую рассылку информационных бюллетеней, а также руководства для самостоятельного изучения.

Направлять работников на курсы повышения квалификации (регулярная переподготовка) следует по результатам мониторинга и оценки борьбы с ИППП и в соответствии с программами кадровой работы. Навыки профилактики ИППП и борьбы с ними нужно укреплять и в других секторах, а также в обществе путем повышения осведомленности и расширения возможностей. Необходимо усилить роль медико-санитарных работников в борьбе с ИППП в тех районах, где такие работники имеются. Контролем и оценкой качества обучения нередко пренебрегают из-за ограниченности в средствах, однако они имеют важнейшее значение в обучении персонала и обеспечении качества помощи.

3.5.5 Лабораторная поддержка программы управления

Высокая стоимость и нехватка оборудования, диагностических наборов и компетентных кадров серьезно снижают целесообразность и доступность лабораторной диагностики ИППП. Даже когда такие ресурсы имеются, большой поток больных, трудности в выявлении некоторых возбудителей ИППП, а также частые сопутствующие инфекции делают лабораторную диагностику нецелесообразным и ненадежным средством выбора тактики у конкретного больного. Кроме того, результата большинства лабораторных исследований приходится долго ждать, из-за чего лечение откладывается, а больные порой теряются из виду. Под вопросом оказывается и надежность результатов исследований, так как нередко они зависят от использованных диагностикумов, которые отличаются у разных производителей, от опыта лаборанта и методов сбора, хранения и транспортировки материала. Учитывая все это, лабораторную диагностику следует использовать только в тех случаях, когда от нее зависят организационные или клинические решения.

Повсеместно, где проводится лабораторная диагностика ИППП — как для индивидуальной диагностики, так и для поддержки синдромной тактики — необходимо обеспечить ее качество. Весь персонал лабораторий должен пройти соответствующее обучение и получить четкие указания о том, какие исследования будут выполняться, как интерпретировать их результаты и в какие сроки ожидается получение результатов. Нужно установить и соблюдать правила внутреннего контроля качества и стимулировать лаборатории к участию в программах внешнего контроля качества.

Адекватная лабораторная поддержка имеет важное значение для эффективной борьбы с ИППП; необходимо разработать четкие рекомендации, в которых будет оговариваться, где нужно укреплять работу лабораторий и с какими целями. Нужно открывать и развивать национальные и региональные лаборатории и, по возможности, местные. Такая сеть лабораторий будет способствовать укреплению служб по

профилактике и лечению ИППП. Для экономической эффективности сети нужно четко определить роли и обязанности лабораторий в соответствии с приведенными ниже рекомендациями.

Национальный уровень

- Проведение эпидемиологических, дозорных и этиологических исследований для оценки тенденций заболеваемости и эффективности вмешательств.
- Утверждение и адаптация алгоритмов в отношении рекомендаций и руководств по синдромному ведению.
- Создание национальных систем профессиональной подготовки и контроля качества для лабораторной диагностики ИППП.
- Проведение учебных семинаров по лабораторной диагностике ИППП.
- Оценка точности и экономической эффективности новых диагностических тестов.
- Сбор и анализ данных о чувствительности возбудителей к антимикробным препаратам и составление соответствующих рекомендаций.
- В консультативных центрах: выяснение диагноза в случаях неэффективности синдромной тактики и для судебно-медицинских целей (например, при изнасилованиях, половых преступлениях).
- Составление и развертывание скрининговых программ, где это целесообразно, для выявления бессимптомной гонококковой и хламидийной инфекций, особенно среди целевых групп населения, таких как сексуально активных молодых женщин и мужчин.

Региональный уровень

- Проведение этиологических исследований для оценки тенденций заболеваемости и эффективности мероприятий.
- Сбор и анализ данных о чувствительности возбудителей к антимикробным препаратам.
- Поддержка региональных систем профессиональной подготовки и контроля качества в сфере лабораторной диагностики ИППП.
- Проведение учебных семинаров по лабораторной диагностике ИППП.

Местный уровень

- Поддержка дозорных исследований.
- Регулярное серологическое обследование беременных на сифилис.

3.5.6 Управление закупками и материально-техническим обеспечением

Для эффективной работы медицинский персонал должен иметь доступ к препаратам и расходным материалам (перчаткам, шприцам, лабораторным материалам и так далее), презервативам и медицинскому оборудованию (смотровым столам, лампам, ширмам, влагалищным зеркалам, стерилизационному оборудованию и так далее). Поэтому материально-техническое обеспечение должно включать следующие четыре основных элемента:

- составление перечня необходимых материалов (что требует согласования с Программой по основным лекарственным средствам, чтобы обеспечить наличия лицензий, выданных национальными органами регулирования, и включение необходимых препаратов и материалов в принятый в стране перечень основных лекарственных средств и товаров);
- стратегия в области снабжения, направленная на обеспечение закупок по конкурентоспособным и доступным ценам в результате открытого и транспарентного процесса;
- система распределения, гарантирующая регулярное снабжение в те места, где в них есть потребность (учитывать, что большинство препаратов для лечения ИППП широко используется для лечения других инфекций);
- система снабжения предметами медицинского назначения, гарантирующая своевременные закупки. Выдачу и пополнение запасов.

Во многих развивающихся странах доступ к препаратам для лечения ИППП сильно ограничен в силу разных причин, среди которых нехватка средств, нестабильность финансирования и нерегулярность закупок. Большинство препаратов для лечения ИППП непатентованные и относительно недорогие, и все же в большинстве развивающихся стран средств на них не хватает. В действительности, многие препараты для лечения ИППП используются и для лечения других инфекций. Необходимо проанализировать ситуацию, чтобы выявить и устранить причины неустойчивых поставок препаратов для лечения ИППП. Методы, направленные на расширение доступа к полному набору препаратов для лечения ИППП, включают использование качественных непатентованных средств, государственные закупки, дифференцированных цен, стратегии финансирования и рационализацию назначения препаратов (например, путем введения стандартных протоколов лечения ИППП).

В зависимости от условий регионы и страны могут использовать и другие вспомогательные способы повышения доступности препаратов с использованием политических, новаторских и регулирующих механизмов в следующих областях:

- учреждение полномочного междисциплинарного национального органа по координации лекарственной политики и введению соответствующих обязательных к исполнению нормативов;

- учреждение лекарственных и терапевтических комитетов в районах и больницах;
- обучение по проблеме в курсе фармакотерапии в высших учебных заведениях;
- программы повышения квалификации без отрыва от работы как необходимое условие для лицензирования;
- санитарно-просветительская работа на местных языках по лекарственным средствам;
- предоставление врачам независимой медицинской информации, полученной из источников, не зависящих от фармацевтических компаний;
- надзор, аудит и обратная связь с врачами, выдающими рецепты на препараты;
- выделение правительством достаточных средств на закупку медикаментов и заработную плату персонала;
- запрет на финансовое стимулирование врачей со стороны фармацевтических компаний к выписке определенных препаратов.

3.6 ПРИОРИТЕТНЫЕ КОМПОНЕНТЫ НЕЗАМЕДЛИТЕЛЬНЫХ ДЕЙСТВИЙ

Странам надлежит в приоритетном порядке обеспечить или расширить оказание помощи в связи с ИППП в ряде ключевых областей, в отношении которых уже накоплено достаточно данных относительно результативности и осуществимости (Таблица 3, приоритетная деятельность 1). Эти практические меры уже применяются во многих местах с помощью небольших дополнительных людских и финансовых ресурсов, но они недостаточно расширены для максимального воздействия на национальном уровне. Некоторые компоненты могут быть реализованы в рамках концепции ПДАА (план, действие, анализ, активизация) для получения большей информации, расширения знаний и сбора данных при одновременном оказании услуг. Для практических мер, которые могут потребовать значительных дополнительных людских и финансовых ресурсов, планы должны быть составлены таким образом, чтобы можно было их осуществлять поэтапно по мере поступления ресурсов (Таблица 3, приоритетная деятельность 2). Каждый компонент деятельности должен учитывать динамику передачи ИППП, сети половых контактов, уязвимые группы населения и предоставление услуг, отдавая себе отчет в том, что в любое из многочисленных медицинских учреждений страны может обратиться больной ИППП с симптомами или без них.

3.6.1 Качественное ведение больных с ИППП

Комплексное ведение больных с ИППП должно включать, как минимум, следующие компоненты:

- постановку правильного диагноза;
- эффективное лечение;

- разъяснительную работу и консультирование по вопросам избежания и уменьшения риска ИППП, включая ВИЧ;
- содействие использованию презервативов и предоставление информации об их правильном и регулярном использовании ;
- обеспечение уведомления и лечения половых партнеров.

Имеется достаточно сведений о том, что синдромная тактика при ИППП является эффективной и воздействует на эпидемию ИППП. Например, отмечено снижение частоты ИППП после применения стратегий борьбы на основе синдромного подхода в ряде стран, в том числе мероприятий среди секс-работников в Кот-д'Ивуаре, Сенегале и ЮАР, а также в венерологических клиниках Буркина-Фасо и Кении (50, 82). На уровне общин эффект был продемонстрирован исследованиями в Масаке (Уганда) и Мванзе (Объединенная Республика Танзания) (83, 84). Этот подход особенно эффективен при уретрите у мужчин и язвах половых органов у мужчин и женщин (85-92).

Применение синдромного лечения при выделениях из мочеиспускательного канала и язвах половых органов следует расширить, охватив 90% учреждений первичной помощи и больных с этими синдромами. Важное значение при этом имеют:

- системы снабжения лекарственными препаратами;
- обучение медицинского персонала;
- соблюдение конфиденциальности;
- периодическое подтверждение схем лечения с целью адаптации к эпидемиологии ИППП в конкретной ситуации;
- методы уведомления половых партнеров, которые включают: уведомление сексуальных партнеров медицинскими работниками; по возможности, лечение через пациентов; использование Интернета, если это возможно; презумптивное лечение сексуальных партнеров с ИППП, особенно мужчин с симптомами.

3.6.2 Доступ к основным лекарственным средствам и изделиям

Доступ к необходимому пакету лекарственных средств и предметов имеет решающее значение для профилактики, лечения ИППП и борьбы с ними и должен поддерживаться и улучшаться. Каждое медицинское учреждение, предоставляющее услуги по борьбе с ИППП, должно располагать резервным запасом необходимых лечебных средств и предметов, как минимум, на 60 суток.

3.6.3 Мероприятия в группах высокого риска и уязвимых группах населения

Необходимо прикладывать все усилия, чтобы повысить доступ к услугам по оказанию помощи при ИППП для групп высокого риска и уязвимых групп, к которым относятся подростки, молодежь, секс-работники, мужчины, вступающие в половые

отношения с мужчинами, потребители инъекционных наркотиков, в зависимости от установленных на местах критериев и с учетом местных культурных ценностей. В соответствии с недавно проведенным сопоставлением научно обоснованных мероприятий по профилактике ВИЧ-инфекции, целевые мероприятия среди секс-работниц дали наибольший коэффициент эффективности и величину эффекта при наименьших затратах и зависимости от системы здравоохранения (93). Ниже перечислены приоритетные направления деятельности для стран с учетом существующих знаний о наилучших методах и новаторских подходах.

- Информация и мероприятия в связи с ИППП должны охватить по крайней мере 90% секс-работников мужского или женского пола и других установленных на местах приоритетных уязвимых групп населения.
- Обеспечение в школах приспособленного к различным возрастным группам просвещения по сексуальным вопросам, включая основанную на фактических данных и специальных навыках профилактику ВИЧ и других ИППП.
- Разработка и проведение подходящих для различных возрастных групп просветительских мероприятий в средствах массовой информации (секс и взаимоотношения, половое воспитание, правильное и регулярное использование презервативов и др.) с целью охвата всех молодых людей и общин (через онлайн-форумы в Интернете, СМИ, рекламу, плакаты, почтовые марки, театральные представления с упором на более безопасное половое поведение и так далее).
- Обеспечение наличия удобных для и приспособленных к возрасту медико-санитарных служб, особенно для подростков, в результате переподготовки медицинских работников и проведения ориентированной на клиентов политики предоставления медицинской помощи.
- Поддержка усилий по борьбе с бактериальными язвенными инфекциями половых органов и искоренению врожденного сифилиса в рамках общей стратегии по борьбе с сифилисом и язвенными заболеваниями половых органов, учитывая следующее:
 - искоренение врожденного сифилиса становится все более легким для осуществления на национальном уровне;
 - заболеваемость мягким шанкром уже сокращается во многих странах, однако в регионах, где эта болезнь эндемическая, требуются дополнительные данные и расширение усилий;
 - многие меры по снижению распространенности язвенных заболеваний половых органов важны для сокращения передачи ВИЧ.
- Целенаправленное медико-санитарное просвещение и консультирование для профилактики дальнейшего распространения ВИЧ и других ИППП, включая:

- консультирование пациентов с ВИЧ, а также добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ пациентов с другими ИППП;
- увязка скрининга сифилиса и, где это возможно, других ИППП, с программами передачи от матери ребенку для обеспечения выявления потенциального врожденного сифилиса и проведения лечения одновременно с оказанием помощи в связи с ВИЧ в целях снижения детской смертности (ЦТР 4, задача 5).
- Содействие, поддержка и укрепление всеобщей вакцинации против гепатита В, особенно среди людей с ИППП и лиц, подвергающихся высокому риску, а также разработка стратегий в отношении перспективных вакцин, например, против вируса папилломы человека и ВПГ-2.
- Создание партнерств для осуществления стратегии борьбы с ИППП и проведения мероприятий по борьбе с ИППП одновременно со службами борьбы с ИППП/ВИЧ, сексуального и репродуктивного здоровья и другими службами первичной медико-санитарной помощи, включая: разработку политики и оперативных рамок для одновременного осуществления;
- получение дополнительной технической и финансовой помощи со стороны Организации Объединенных Наций и других учреждений для выполнения задач и поддержания качества помощи.

Таблица 3 Резюме мероприятий, подлежащих немедленному осуществлению

Приоритетная деятельность 1	Показатели	Национальные ориентиры
1. РАЗВИТИЕ УСПЕХА: расширение диагностики и лечения ИППП. (С использованием синдромной тактики там, где диагностические ресурсы являются ограниченными.)	1а) Доля первичных учреждений помощи, обеспечивающих комплексное ведение симптомных больных ИППП). 1б) Доля пациентов с ИППП, которым в отдельных медучреждениях должным образом ставится диагноз, обеспечивается лечение и консультации согласно национальным руководящим принципам.	1а) Оказание к 2015 году 90 процентами первичных медучреждений больным ИППП комплексной медпомощи. 1б) К 2015 году 90% женщин и мужчин с ИППП в медучреждениях должным образом ставится диагноз, обеспечивается лечение и консультации.
2. Борьба с врожденным сифилисом, как шаг в направлении его ликвидации.	2) Доля беременных 15-24 лет с положительной серологией на сифилис, посещающих родовые клиники.	2а) Более 90% лиц 15-24 лет, впервые получающих родовую помощь, проходят скрининг на сифилис. 2б) К 2015 году более 90% женщин, являющихся серопозитивными на сифилис, получают должное лечение.
3. Расширение стратегий и программ профилактики ИППП для ВИЧ-позитивных лиц.	3) Доля ВИЧ-позитивных пациентов с ИППП, которые получают комплексную помощь, в т.ч. рекомендации о пользовании презервативом и уведомлении партнеров.	3а) К 2010 году приняты стратегии и руководящие принципы по мерам для ВИЧ-позитивных лиц с ИППП. 3б) 90% первичных медучреждений обеспечивает эффективную помощь в связи с ИППП для ВИЧ-инфицированных. <small>Error! Bookmark not defined.</small>
4. Повышение качества эпиднадзора за ИППП в рамках эпиднадзора за ВИЧ второго поколения.	4а) Число исследований распространенности, регулярно проводимых каждые 3-5 лет (на индикаторных участках и среди индикаторных групп населения). 4б) Ежегодная заболеваемость согласно заявленным случаям ИППП (синдромная и этиологическая отчетность)	4а) Проведение к 2015 году, по крайней мере, двух серий обследований распространенности заболеваний. 4б) К 2015 году налажено и обеспечивается регулярное составление отчетности по ИППП в течение, по крайней мере, 5 лет подряд.
5. Борьба с бактериальными язвенными болезнями половых органов	5а) Доля подтвержденных случаев бактериальных язвенных болезней половых органов среди пациентов с язвенными болезнями половых органов. 5б) Процент беременных в	5а) К 2015 году среди больных язвенными болезнями половых органов не будет выявлено ни одного случая мягкого шанкра. 5б) Снижение до уровня менее 2%

Приоритетная деятельность 1	Показатели	Национальные ориентиры
<p>Приоритетная деятельность 2</p> <p>6. РАЗВИТИЕ УСПЕХА: осуществление целевых мероприятий среди групп населения высокого риска и уязвимых групп населения.</p> <p>7. Развертывание соответствующего возрасту комплексного санитарного просвещения и услуг в области сексуального здоровья.</p> <p>8. Содействие лечению партнеров и предупреждению повторного заражения.</p> <p>9. Поддержка внедрения эффективных вакцин (от гепатита В, вируса папилломы человека и со временем вируса простого герпеса).</p>	<p>возрасте 15-24 лет, являющихся серопозитивными на сифилис, которые посещают клиники дородовой помощи.</p> <p>Показатели</p> <p>6а) Определение медико-санитарных потребностей, формулирование и реализация планов в области борьбы с ИППП, включая ВИЧ, для основных групп населения высокого риска и уязвимых групп населения.</p> <p>6б) Доля молодых людей (в возрасте 15-24 лет), больных ИППП, которые были выявлены в ходе диагностических тестов на ИППП.</p> <p>7) Процент школ, имеющих по крайней мере одного преподавателя, способного обеспечить обучение профилактике ВИЧ и других ИППП на основе ознакомления с жизненными навыками ^{Error!}Bookmark not defined.</p> <p>8а) Доля пациентов с ИППП, партнеры которых получают направления на лечение.</p> <p>9а) Политика и планы всеобщей вакцинации от гепатита В.</p> <p>9б) Планы и анализы политики и стратегии использования вакцин от вируса папилломы человека и</p>	<p>случаев серопозитивности на сифилис среди женщин в возрасте 15-24 лет, получающих дородовую помощь.</p> <p>Национальные ориентиры</p> <p>6а) К 2010 году проведен анализ потребностей, политики, законодательства и нормативных положений в области охраны здоровья; приняты планы и осуществляются должным образом отобранные целевые мероприятия, рассчитанные на конкретные страны ^{Error!}Bookmark not defined.</p> <p>6б) Проведение к 2015 году по крайней мере двух серий обследований распространенности заболеваний среди групп населения с поведением высокого риска и среди молодежи.</p> <p>7а) Завершение к 2007 году анализа политики и разработки соответствующих возрасту учебных и информационных материалов для школ.</p> <p>7б) К 2015 году будет подготовлено возросшее число преподавателей для проведения широкого обучения в области ВИЧ, включая другие ИППП, на основе ознакомления с жизненными навыками.</p> <p>8а) К 2010 году разработаны планы и вспомогательные материалы для уведомления партнеров и развернута подготовка провайдеров медицинской помощи.</p> <p>8б) Удвоение доли пациентов, которые приводят своих партнеров или обеспечивают им лечение.</p> <p>9а) К 2008 году приняты планы вакцинации от гепатита В и HPV.</p> <p>9б) К 2010 году начаты и расширяются пилотные программы вакцинации.</p>

Приоритетная деятельность 1	Показатели	Национальные ориентиры
10. Содействие разработке и всеобщему внедрению добровольного факультативного консультирования и тестирования на ВИЧ среди больных ИППП	<p>потенциальных вакцин от вируса простого герпеса-2.</p> <p>10. Доля пациентов, оцененных на ИППП, которым регулярно обеспечивается конфиденциальное консультирование и тестирование на ВИЧ.</p>	<p>10a) К 2015 году во всех учреждениях, оказывающих помощь в связи с ИППП, обеспечивается тестирование и консультирование по ВИЧ.</p> <p>10b) Удвоение доли больных ИППП, получающих консультирование и тестирование на ВИЧ.</p>

ИППП - инфекции, передаваемые половым путем; ВИЧ - вирус иммунодефицита человека; ВПЧ - вирус папилломы человека; ВПГ - вирус простого герпеса.

3.6.4 Эпиднадзор и сбор данных

Странам необходимо располагать стратегической информацией, полученной в результате оценки ситуации с ИППП, и мерами реагирования на бремя и потребности. Точные данные позволяют осуществлять стратегическое планирование и являются информацией, используемой в информационно-разъяснительной работе и при определении приоритетности мероприятий. Поскольку возможности для проведения эпиднадзора второго поколения за ВИЧ-инфекцией и ИППП все более расширяются, странам следует внедрить систему эпиднадзора, включающую опасные формы поведения. Информацию следует собирать по различным группам населения, включая подростков, посещающих и не посещающих школу, военнослужащих и полицейских.

3.6.5 Интегрированный подход к воплощению стратегии: разделение ответственности

С целью ускорения доступа населения к службам мероприятия должны проводиться совместно медработниками различного профиля на всех уровнях системы здравоохранения. В Таблице 4 кратко указаны основные мероприятия, которые могут совместно осуществляться программами по ВИЧ/ИППП, сексуальному и репродуктивному здоровью, а также министерствами образования и труда. На национальном уровне к сотрудничеству по профилактике ИППП и борьбе с ними можно привлекать с учетом местных условий женские объединения, клубы, общественные организации, религиозные учреждения и другие заинтересованные стороны.

Таблица 4. Руководство по сотрудничеству в осуществлении мероприятий по профилактике ИППП и борьбе с ними.

Программа	Основные, приоритетные направления деятельности	Области сотрудничества
ВИЧ/СПИД	<ul style="list-style-type: none"> Профилактика ВИЧ/ИППП и медицинская помощь Пропаганда использования презервативов Позитивная профилактика Добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ Эпиднадзор второго поколения с индикаторами ИППП Мониторинг и оценка Оперативные исследования 	<ul style="list-style-type: none"> Сексуальное здоровье Целевые мероприятия по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции и ИППП Содействие синдромному подходу при ИППП
Программа по ИППП	<ul style="list-style-type: none"> Разработка и интеграция руководств, учебных программ, подготовка кадров, обеспечение качества Синдромный подход к лечению ИППП в медицинских учреждениях, оказывающих помощь при ИППП Лечение половых партнеров: руководство и план Пропаганда использования презервативов Эпиднадзор за ИППП Целевые мероприятия по профилактике ИППП и борьбе с ними Мониторинг и оценка Оперативные исследования и цикл ПДАА 	<ul style="list-style-type: none"> Профилактика ИППП среди ВИЧ-инфицированных Аntenатальный скрининг сифилиса Эпиднадзор второго поколения ДКТ в службах оказания помощи при ИППП
Сексуальное и репродуктивное здоровье	<ul style="list-style-type: none"> Профилактика и лечение антенатального сифилиса Пропаганда использования презервативов в качестве двойной защиты Рекомендации по сексуальному здоровью, приспособленные к возрастным группам Лечение ИППП в учреждениях охраны репродуктивного здоровья Мониторинг и оценка Оперативные исследования и цикл ПДАА 	<ul style="list-style-type: none"> Эпиднадзор второго поколения
Министерства образования и по делам молодежи	<ul style="list-style-type: none"> Соответствующее возрасту комплексное половое воспитание и обслуживание, включая подготовку информационных материалов на местных языках 	<ul style="list-style-type: none"> Школьные медицинские центры (где это осуществимо)
Министерства труда, туризма и др.	<ul style="list-style-type: none"> Мероприятия на рабочем месте, включая обучение и информирование коллегами Скрининг и лечение ИППП 	<ul style="list-style-type: none"> Поликлиники, способные проводить скрининг и лечение ИППП

ВИЧ - вирус иммунодефицита человека; СПИД - синдром приобретенного иммунодефицита; ИППП - инфекции, передаваемые половым путем; ПДАА - план, действия, анализ, активизация

4. СТРАТЕГИЯ ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ: МОБИЛИЗАЦИЯ ПОЛИТИЧЕСКИХ И ОБЩЕСТВЕННЫХ ЛИДЕРОВ И ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ

4.1 ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА

Как бы ни были хороши существующие технологии и мероприятия, они не пойдут на пользу населению в отсутствие политической воли и ресурсов для их осуществления. Сопутствующая ИППП стигматизация препятствует публичному обсуждению проблемы профилактики и лечения ИППП и возникновению чувства сопричастности в обществе. В социальном отношении заражение ИППП до сих пор считается неприемлемым, поэтому существует мало групп пациентов ИППИ, открыто поддерживающих программы в отношении ИППП или лоббирующих в их пользу. Информационно-разъяснительная работа должна проводиться и на страновом, и на глобальном уровнях, чтобы поставить борьбу с ИППП во главу угла повестки дня здравоохранения. Кроме того, для побуждения к действиям необходимы сильное руководство (при поддержке гражданского общества), ясное видение и ясные идеи, стратегии и вмешательства (на солидной научной основе). В рамках информационно-разъяснительных усилий необходимо:

- документировать ситуацию в стратегическом отношении и оформить идеи;
- определить основные контингенты, способные оказывать влияние на меры политики и распределение ресурсов;
- создать междисциплинарные и межсекторальные коалиции и объединения для воздействия на лиц, принимающих решения.

На страновом уровне информационно-разъяснительная работа должна способствовать принятию благоприятных мер политики и законодательства. Необходимо оценить действующие нормативные положения и законодательство на предмет их положительного эффекта для политики, целей и задач в области профилактики и лечения ИППП. Следует рассмотреть вопрос о внесении изменений в меры политики и законодательство, препятствующие достижению целей профилактики ИППП и оказания помощи больным ИППП, с учетом убедительных научных данных. (51).

Информационно-разъяснительные усилия могут опираться на опыт и уроки, усвоенные в ходе других успешных информационно-разъяснительных кампаний, например программ иммунизации, искоренения полиомиелита, инициативы по предотвращению туберкулеза, сокращения масштабов малярии и инициативы по освобождению от табачной зависимости.

4.2. РАБОТА СО СРЕДСТВАМИ МАССОВОЙ ИНФОРМАЦИИ

Здравоохранение сегодня стало предметом новостей, и средства массовой информации уделяют вопросам здоровья и угрозам болезням беспрецедентное внимание. Необходимо добиваться более позитивного освещения тематики ИППП в СМИ и более активно работать с ними. Важным элементом хорошо поставленного информационного обеспечения являются истории успеха, акцентирующие внимание на позитивных

достижениях. Необходимо разработать стратегии укрепления отношений с ведущими представителями СМИ с целью продвижения инициативы и, в частности:

- работать с сотрудниками СМИ для улучшения информационной поддержки;
- улучшать отношение общества к профилактике ИППП, борьбе с ними и их лечению;
- способствовать мобилизации политической воли;
- способствовать оказанию воздействия на общество и общины в целях ослабления остракизма;
- доносить информацию о профилактике и повышать осведомленность населения о разрушительных последствиях ИППП и других инфекций половых органов.

4.3. Налаживание эффективных партнерств

Следует избрать универсальный подход, предусматривающий вовлечение многочисленных партнеров и секторов, поскольку цели борьбы с ИППП могут быть достигнуты лишь в случае объединения усилий. Поэтому крайне важно создавать стратегические объединения и коалиции с участием частного и государственного секторов, многосторонних и двусторонних организаций по оказанию помощи, учреждений ООН, фармацевтической индустрии, средств массовой информации, профессиональных и общественных организаций и академических и других организаций. Благодаря объединению различных элементов, синергизму в работе и сокращению ненужного дублирования усилий партнерства способны повысить заметность, размах и эффективность усилий по профилактике и лечению ИППП.

В число конкретных областей и вопросов, вокруг которых могут объединяться партнеры, входят:

- борьба с конкретными ИППП и их осложнениями, например искоренение врожденного сифилиса и борьба с мягким шанкром и его искоренение;
- повышение доступности и разнообразия средств для профилактики и лечения ИППП, например, экспресс-тестов для диагностики ИППП, вакцин, контролируемых женщинами барьерных средств и влагалищных антимикробных средств;
- обеспечение доступа к безопасным, эффективным высококачественным лекарственным средствам от ИППП и к другим необходимым изделиям по приемлемым ценам;
- дополнительные мероприятия, например по предупреждению передачи ВИЧ и сифилиса от матери ребенку, чтобы избавить новорожденных от обеих инфекций (33).

Важными и актуальными методами укрепления национальных программ являются развитие межрегионального сотрудничества, региональных сетей знаний и опыта, обеспечение региональной помощи и развития и укрепление региональных центров передового опыта.

4.4. МОБИЛИЗАЦИЯ ФИНАНСОВЫХ РЕСУРСОВ

Для осуществления стратегии необходим механизм мобилизации дополнительных ресурсов. Применительно к развивающимся странам и странам с ограниченными ресурсами может быть рассмотрена возможность использования ряда источников. Так, например, существуют ресурсы, связанные с Глобальным фондом для борьбы со СПИДом, туберкулезом и малярией; странам следует воспользоваться возможностью подготовить заявки в Глобальный фонд, включающие стратегии борьбы с ИППП. На глобальном уровне международным учреждениям следует активизировать обсуждение содействия предоставлению финансовой поддержки для борьбы с ИППП через такие механизмы. Существует также ряд других возможностей, например фонды, заинтересованные в борьбе с ИППП в целом или среди отдельных групп населения или в конкретных вмешательствах. На национальном уровне, где общесекторальные подходы являются принятым механизмом финансирования, следует разрабатывать информационно-разъяснительные стратегии в пользу выделения достаточных ресурсов на программы борьбы с ИППП.

ССЫЛКИ

1. Holmes K et al., Eds. *Sexually transmitted diseases*, 3rd ed. New York, McGraw-Hill, 1999, xxi.
2. *Global prevalence and incidence of curable STIs*. Geneva, World Health Organization, 2001 (WHO/CDS/CDR/EDC/2001.10).
3. Mayaud P, Mabey D. Approaches to the control of sexually transmitted infections in developing countries: old problems and modern challenges. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:174-182.
4. Weinstock H, Berman S, Cates W. Sexually transmitted diseases among American youth: incidence and prevalence estimates, 2000. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2004, 36:6-10.
5. Weiss H. Epidemiology of herpes simplex virus type 2 infection in the developing world. *Herpes*, 2004, 11(Suppl. 1):24A-35A.
6. Pujades Rodriguez M et al. Herpes simplex virus type 2 infection increases HIV incidence: a prospective study in rural Tanzania. *AIDS*, 2002, 16:451-462.
7. Ferlay J. Cancer incidence, mortality and prevalence worldwide. Lyon, International Agency for Research on Cancer, 2004 (GLOBOCAN 2002. IARC Cancer Base No. 5. version 2.0).
8. *State of the art of new vaccines: research and development*. Geneva, World Health Organization, Initiative for Vaccine Research, 2003.
9. *The world health report 2004 – Changing history*. Geneva, World Health Organization, 2004.
10. *Hepatitis B*. Geneva, World Health Organization, 2002 (WHO/CDS/CSR/LYO/2002.2).
11. Montesano R. Hepatitis B immunisation and hepatocellular carcinoma: The Gambia Hepatitis Intervention Study. *Journal of Medical Virology*, 2002, 67:444-446.
12. Chang MH et al. Hepatitis B vaccination and hepatocellular carcinoma rates in boys and girls. *JAMA*, 2000, 284:3040-3042.
13. *AIDS epidemic update: December 2005*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2005 (UNAIDS/05.19E).
14. *Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence?* Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000.

15. Wald A, Link K. Risk of human immunodeficiency virus infection in herpes simplex virus type 2. Seropositive persons: a meta-analysis. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 185:45–52.
16. Nagot N et al. *Effect of HSV-2 Suppressive therapy on HIV-1 genital shedding and plasma viral load: a proof of concept randomized double-blind placebo controlled trial (ANRS 1285 Trial)*. Thirteenth Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections, Denver, abstract 33LB, 2006.
17. Hayes RJ, Schulz KF, Plummer FA. The cofactor effect of genital ulcers in the per-exposure risk of HIV transmission in sub-Saharan Africa. *Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 1995, 98:1–8.
18. Cohen MS et al. Reduction of concentration of HIV-1 in semen after treatment of urethritis: implications for prevention of sexual transmission of HIV-1. *Lancet*, 1997, 349:1868–1873.
19. Buchacz K et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections. *AIDS*, 2004, 18:2075–2079.
20. Simms I, Stephenson JM. Pelvic inflammatory disease epidemiology: what do we know and what do we need to know? *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76:80–87.
21. Westrom L et al. Incidence, prevalence and trends of acute pelvic inflammatory disease and its consequences in industrialized countries. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 1980, 138:880–892.
22. Schulz KF, Cates W Jr, O'Mara PR. Pregnancy loss, infant death, and suffering: legacy of syphilis and gonorrhoea in Africa. *Genitourinary Medicine*, 1987, 63:320–325.
23. Gutman L. Gonococcal diseases in infants and children. In: Holmes K et al., eds. *Sexually transmitted diseases*, 3rd ed. New York, McGraw-Hill, 1999:1145–1153.
24. Laga M, Meheus A, Piot P. Epidemiology and control of gonococcal ophthalmia neonatorum. *Bulletin of the World Health Organization*, 1989, 67:471–478.
25. Whitcher JP, Srinivasan M, Upadhyay MP. Corneal blindness: a global perspective. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:214–221.
26. Schaller U, Klauss V. Is Credé's prophylaxis for ophthalmia neonatorum still valid? *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:262–266.

27. Schmid G. Economic and programmatic aspects of congenital syphilis prevention. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:402–409.
28. Terris-Prestholt F et al. Is antenatal syphilis screening still cost effective in sub-Saharan Africa? *Sexually Transmitted Infections*, 2003, 79:375–381.
29. Grosskurth H et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. *Lancet*, 1995, 346:530–536.
30. Manhart LE, Holmes KK. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? *Journal of Infectious Diseases*, 2005, 191(Suppl. 1):S7–S24.
31. Gilson L et al. Cost–effectiveness of improved treatment services for sexually transmitted diseases in preventing HIV-1 infection in Mwanza Region, Tanzania. *Lancet*, 1997, 350:1805–1809.
32. Creese A et al. Cost–effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review. *Lancet*, 2002, 359:1635–1642.
33. Peeling R et al. Avoiding HIV and dying of syphilis. *Lancet*, 2004, 364:1561–1563.
34. Pagliusi SR, Aguado MT. Efficacy and other milestones for human papillomavirus vaccine introduction. *Vaccine*, 2004, 23:569–578.
35. Harper DM et al. Efficacy of a bivalent L1 virus-like particle vaccine in prevention of infection with human papillomavirus types 16 and 18 in young women: a randomised controlled trial. *Lancet*, 2004, 364:1757–1765.
36. Corey L et al. Recombinant glycoprotein vaccine for the prevention of genital HSV-2 infection: two randomized controlled trials. *JAMA*, 1999, 282:331–340.
37. Holmes KK, Levine R, Weaver M. Effectiveness of condoms in preventing sexually transmitted infections. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82:454–461.
38. *Population and Development, I: Programme of Action adopted at the International Conference on Population and Development, Cairo 5–13 September 1994*. New York, United Nations, Department for Economic and Social Information and Policy Analysis, 1995.
39. *Report of the Fourth World Conference on Women, Beijing, 4–15 September 1995*. New York, United Nations, 1995.

40. Shears KH. Family planning and HIV service integration, potential synergies are recognized. *Network*, 2004, 23:4–8.
41. Wasserheit JN, Aral SO. The dynamic typology of sexually transmitted disease epidemics: implications for prevention strategies. *Journal of Infectious Diseases*, 1996, 174(Suppl. 2):S201–S213.
42. May MM, Anderson RM. Transmission dynamics of HIV infection. *Nature*, 1987, 326:137–142.
43. Brunham RC, Plummer FA. A general model of sexually transmitted diseases and its implication for control. *The Medical Clinics of North America*, 1990, 74:1339–1352.
44. Blanchard JF. Populations, pathogens, and epidemic phases: closing the gap between theory and practice in the prevention of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 2002, 78(Suppl. 1):i183-i188.
45. *Behavior change communication for HIV/AIDS*. Washington, DC, Family Health International, 2002.
46. *Intensifying HIV prevention: a UNAIDS policy position paper*. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2005 (UNAIDS/05.18E).
47. *Guidelines for the management of sexually transmitted infections*. Geneva, World Health Organization, 2003.
48. *The public health approach to STD control*. Geneva, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1998 (UNAIDS Technical Update).
49. Dallabetta GA, Gerbase AC, Holmes KK. Problems, solutions, and challenges in syndromic management of sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S1–S11.
50. Vuylsteke B. Current status of syndromic management of sexually transmitted infections in developing countries. *Sexually Transmitted Infections*, 2004, 80:333–334.
51. *Sexually transmitted diseases: policies and principles for prevention and care*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 1999 (UNAIDS/01.11E).
52. Golden MR et al. Effect of expedited treatment of sex partners on recurrent or persistent gonorrhea or chlamydial infection. *New England Journal of Medicine*, 2005, 352:676–685.

53. Faxelid E et al. Individual counseling of patients with sexually transmitted diseases: a way to improve partner notification in a Zambian setting? *Sexually Transmitted Diseases*, 1996, 23:289-292.
54. *Guidelines for sexually transmitted infections surveillance*. Geneva, World Health Organization and Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 1999 (WHO/CHS/HSI/99.2; WHO/CDS/CSR/EDC/99.3; UNAIDS/99.33E).
55. *Guidelines for second generation HIV surveillance*. Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000 (UNAIDS/00.03E; WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5).
56. Plummer FA et al. Cofactors in male-female sexual transmission of human immunodeficiency virus type 1. *Journal of Infectious Diseases*, 1991, 163:233-239.
57. Cameron DW et al. Female to male transmission of human immunodeficiency virus type 1: risk factors for seroconversion in men. *Lancet*, 1989, 2:403-407.
58. Laga M et al. Non-ulcerative sexually transmitted diseases as risk factors for HIV-1 transmission in women: results from a cohort study. *AIDS*, 1993, 7: 95-102.
59. Kassler WK et al. Seroconversion in patients attending sexually transmitted disease clinics. *AIDS*, 1994; 8: 351-55.
60. Craib KJ et al. Rectal gonorrhoea as an independent risk factor for HIV infection in a cohort of homosexual men. *Genitourinary Medicine*, 1995, Oct;71(5):335-6.
61. Telzak EE et al. HIV-1 seroconversion in patients with and without genital ulcer disease. A prospective study. *Annals of Internal Medicine*, 1993;119:1181-6.
62. Stamm WE et al. The association between genital ulcer disease and acquisition of HIV infection in homosexual men. *The Journal of the American Medical Association*, 1988, 260:1429-1433.
63. Limpakarnjanarat K et al. HIV-1 and other sexually transmitted infections in a cohort of female sex workers in Chiang Rai, Thailand. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75: 30-35.
64. Mbizvo MT et al. Trends in HIV-1 and HIV-2 prevalence and risk factors in pregnant women in Harare, Zimbabwe. *Central African Journal of Medicine*, 1996, Vol 42(1); 15-23.

65. Bollinger RC et al. Risk factors and clinical presentation of acute primary HIV infection in India. *The Journal of the American Medical Association*, 1997, 278:2085–2089.
66. Holmberg D et al. Prior herpes simplex virus type 2 infection as a risk factor for HIV infection. *The Journal of the American Medical Association*, 1988, 259:1048–1050.
67. Darrow WW et al. Risk factors for human immunodeficiency virus (HIV) infections in homosexual men. *American Journal of Public Health*, 1987, 77:479–483.
68. *Safe abortion: technical and policy guidance for health systems*. Geneva, World Health Organization, 2003.
69. Mullick S et al. Sexually transmitted infections in pregnancy: prevalence, impact on pregnancy outcomes, and approach to treatment in developing countries. *Sexually Transmitted Infections*, 2005, 81:294–302.
70. Taha TE et al. Bacterial vaginosis and disturbances of vaginal flora: association with increased acquisition of HIV. *AIDS*, 1998, 12:1699–1706.
71. *Iatrogenic infections of reproductive tract*. New York, Population Council, 2004 (Fact sheet, 1 July 2004).
72. Watson-Jones D et al. Syphilis in pregnancy in Tanzania II. The effectiveness of antenatal syphilis screening and single dose benzathine penicillin treatment for the prevention of adverse pregnancy outcomes. *Journal of Infectious Diseases*, 2002, 186:948–957.
73. *A picture of health? A review and annotated bibliography of the health of young people in developing countries*. Geneva, World Health Organization, 1995 (WHO/FHE/ADH/95.4).
74. *Programming for adolescent health and development. Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Geneva, World Health Organization, 1999 (WHO Technical Report Series, No. 886).
75. Dehne KL, Riedner G. *Sexually transmitted infections among adolescents: the need for adequate health services*. Geneva, World Health Organization and Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit, 2005.
76. Brugha R, Zwi AB. Sexually transmitted disease control in developing countries: the challenge of involving the private sector. *Sexually Transmitted Infections*, 1999, 75:283–285.

77. Thomson O'Brien MA et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2001 (1:CD003030. DOI: 10.1002/14651858.CD003030).
78. Grosskurth H et al. Operational performance of an STD control programme in Mwanza Region, Tanzania. *Sexually Transmitted Infections*, 2000, 76:426–436.
79. *Selected topics in health reform and drug financing*. Geneva, World Health Organization, 1998.
80. Gray A. Drug Pricing. In: *South African health review 2000*. Durban, Health Systems Trust, 2000.
81. *The world health report 2000 – Health systems: improving performance*. Geneva, World Health Organization, 2000.
82. Ghys PD et al. Increase in condom use and decline in HIV and sexually transmitted diseases among female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire, 1991–1998. *AIDS*, 2002, 16:251–258.
83. Mayaud P et al. Improved treatment services significantly reduce the prevalence of sexually transmitted diseases in rural Tanzania: results of a randomized controlled trial. *AIDS*, 1997, 11:1873–1880.
84. Kamali A et al. Syndromic management of sexually transmitted infections and behaviour change interventions on transmission of HIV-1 in rural Uganda: a community randomised trial. *Lancet*, 2003, 361:645–652.
85. Htun Y et al. Comparison of clinically directed, disease specific, and syndromic protocols for the management of genital ulcer disease in Lesotho. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S23–S28.
86. Chapel TA et al. How reliable is the morphological diagnosis of penile ulceration? *Sexually Transmitted Diseases*, 1977, 4:150–152.
87. Dangor Y et al. Accuracy of clinical diagnosis of genital ulcer disease. *Sexually Transmitted Diseases*, 1990, 17:184–189.
88. O'Farrell N et al. Genital ulcer disease: accuracy of clinical diagnosis and strategies to improve control in Durban, South Africa. *Genitourinary Medicine*, 1994, 70:7–11.

89. Ndinya-Achola JO et al. Presumptive specific clinical diagnosis of genital ulcer disease (GUD) in a primary health care setting in Nairobi. *International Journal of STD and AIDS*, 1996, 7:201-205.
90. Djajakusumah T et al. Evaluation of syndromic patient management algorithm for urethral discharge. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S29–S33.
91. Moherdau F et al. Validation of national algorithms for the diagnosis of sexually transmitted diseases in Brazil: results from a multicentre study. *Sexually Transmitted Infections*, 1998, 74(Suppl. 1):S38–S43.
92. Jha P et al. Reducing HIV transmission in developing countries. *Science*, 2001, 292:224–225.

= = =