

І.С. Миронюк¹, І.Б.Перегінець²

¹ Закарпатський центр профілактики та боротьби із СНІДом, Ужгород

² Бюро ВООЗ в Україні, Київ

МІСЦЕ ТА ПЕРСПЕКТИВИ ВПРОВАДЖЕННЯ СИНДРОМНОГО ПІДХОДУ ЛІКУВАННЯ ІПСШ В УКРАЇНІ ЯК ДІЄВОГО МЕХАНІЗМУ ПРОТИДІЇ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ/СНІДУ

Резюме

На основі аналізу особливостей розвитку епідситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні, огляду світового досвіду представлено аргументацію нагальної необхідності впровадження синдромного підходу діагностики та лікування ІПСШ в Україні з метою протидії поширення ВІЛ-інфекції статевим шляхом.

Ключові слова: синдромне лікування, ІПСШ, епідемія ВІЛ/СНІД, Україна.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні з 1995 до 2007 року включно був парентеральний, переважно при введенні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Вперше в 2008 році відбулася зміна шляхів передачі – частка статевого шляху передачі стала вище парентерального [1]. У 2009 – 2012 роках продовжувалося зростання частки осіб, які були інфіковані ВІЛ статевим шляхом, та зменшення частки парентерального шляху передачі вірусу, тобто внаслідок введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом [2].

В Україні констатується концентрована стадія епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [20], яка, за визначенням ВООЗ та ЮНЕЙДС, характеризується стрімким поширенням ВІЛ-інфекції в групах підвищеного ризику інфікування ВІЛ [13]. Дані групи продовжують залишатись основним джерелом поширення ВІЛ-інфекції серед загального населення. Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ – це групи населення, яким з урахуванням особливостей їх поведінки та поведінки їх оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ [23]. На сьогоднішній день до переліку груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні віднесено: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН); особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (РКС) та їх клієнти,

чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) та їх статеві партнери, статеві партнери споживачів ін'єкційних наркотиків [25].

Результати спостережень свідчать, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН [18] та їхніх статевих партнерів [16]. Ще одна група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, – це чоловіки, які мають секс із чоловіками. З 2005 року в країні щорічно офіційно реєструється все більша кількість нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: від 20 випадків у 2005 році до 152 у 2012 році [2]. Хоча абсолютні дані офіційної реєстрації ВІЛ в групі ЧСЧ є незначними, спираючись на результати епіднагляду за ВІЛ другого покоління в даній групі населення (поширеність ВІЛ в групі ЧСЧ в країні за даними епіднагляду другого покоління у 2011 році склала 6,4%), можна припустити, що на сьогодні існує суттєве недо врахування випадків інфікування ВІЛ, пов'язаних з сексуальними стосунками серед чоловіків [19]. В країні відсутня окрема реєстрація випадків ВІЛ-інфекції серед РКС. Однак, дані дозорного епіднагляду вказують на широку і зростаючу епідемію і серед цієї групи населення [17].

Роль інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ) в поширенні ВІЛ при сексуальних контактах. ІПСШ і групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ

В умовах переважання статевого шляху передачі вірусу епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу та ІПСШ є нерозривно зв'язаними між собою і потенціюють одна одну. Чисельними дослідженнями доведено, що різні ІПСШ підвищують імовірність інфікування вірусом імунодефіциту людини при сексуальних контактах [28, 31, 47, 51]. Ерозії та виразки, запалення, ушкодження тканин, зумовлені ІПСШ, знижують рівень захисту організму від зараження ВІЛ. Окрім того, вони спричиняють масову міграцію в слизові оболонки макрофагів і лімфоцитів, які, з одного боку, є джерелом ВІЛ, а з іншого – клітинами-мішенями в разі зараження цим вірусом [40]. Зокрема, передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, уrogenітальний хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші статеві інфекції. Так, генітальний герпес може

бути причиною зростання частки нових випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом популяції, а терапія інфекцій, викликаних вірусом простого герпесу типу 2 скорочує рівень передачі ВІЛ статевим шляхом [31, 50]. За оцінками спеціалістів наявність виразкових уражень статевих органів підвищує ризик передачі ВІЛ при одноразовому статевому контакті без засобів захисту у 50-300 разів [40]. Так, результати дослідження імовірності передачі ВІЛ у 174 моногамних дискордантних щодо ВІЛ пар в Ракаї (Уганда) показали, що імовірність інфікування ВІЛ не інфікованого партнера на один незахищений статевий контакт є достовірно на порядки вище у парах, де у одного з партнерів є геніальні виразки, ніж у парах, де геніальних виразок ні у кого з партнерів немає [37].

Пацієнти, які звертаються в лікувально-профілактичні заклади за медичною допомогою з приводу ІПСШ, можуть одночасно мати і первинну ВІЛ-інфекцію з високою концентрацією вірусу. Ці пацієнти особливо небезпечні як джерела статевого інфікування ВІЛ. Так, за результатами дослідження в Малаві виявлено, що у ВІЛ-позитивних чоловіків з гонококовим уретритом концентрація ВІЛ в спермі була у 6 разів вищою, ніж у ВІЛ-позитивних чоловіків без явищ уретриту. Після лікування гонококової інфекції концентрація ВІЛ в спермі знизилася до показників ВІЛ-позитивних чоловіків без уретриту [30]. Як показало дослідження проведене в США, в якому прийняло участь 52 ВІЛ-інфікованих чоловіків з первинним та вторинним сифілісом (58% із них отримували антиретровірусну терапію), сифілісу притаманне значне підвищення вірусного навантаження ВІЛ та значне зниження рівню лімфоцитів CD4+. Після лікування сифілісу стан імунної системи пацієнтів відновився до рівнів, які були до зараження сифілісом та рівень концентрації вірусу в крові різко знизився [29], що в свою чергу знизило імовірність передачі ВІЛ іншій особі при статевому контакті.

Доцільність впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ зумовлено і більш високою поширеністю ІПСШ в даних групах в порівнянні з

загальним населенням. Так, дослідження поширеності ІПСШ серед 1245 СІН (чоловіків і жінок) показали, що більше однієї третини чоловіків СІН та більше половини жінок СІН повідомили принаймні про одне ІПСШ в своєму житті [46]. Когортне дослідження поширеності ІПСШ в середовищі СІН (травень 1996 по листопад 2003 року, 1560 осіб) у Ванкувері (Британська Колумбія) показало, що поширеність ІПСШ склало 8,2% для чоловіків і 15,9% для жінок. Різниця поширеності ІПСШ між чоловіками СІН та жінками СІН пов'язана з практиками надання сексуальних послуг за плату: поширеність ІПСШ склала 8,0% для споживачів ін'єкційних наркотиків, які не повідомляють про участь у секс-бізнесі і 19,8% для СІН, які повідомили про участь у секс-бізнесі [42]. Високі рівні захворюваності на ІПСШ реєструються в світі і в середовищі ЧСЧ. Так, в США у 2010 році було проведено дослідження поширеності гонореї та урогенітального хламідіозу серед ЧСЧ в групі міст на різних сайтах (18 462 ЧСЧ обстежено на наявність гонореї та 17915 на хламідіоз). Середній показник поширеності по сайтам гонореї склав 15,5% (діапазон по сайтах: 9,4% -25,8%), по хламідіозу - 13,0% (діапазон по сайтах: 7,5% -19,2%)[49].

Офіційних даних щодо захворюваності або поширеності ІПСШ в середовищі представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні немає. В той же час дослідження вітчизняних науковців дають підстави стверджувати, що поширеність ІПСШ серед основних груп підвищеного ризику значно переважає показники серед загального населення. Так, якщо серед загального населення ІПСШ у 2010 році виявлені у 0,41% населення (189 908 випадків) при кількості населення України 46 млн., то серед груп підвищеного ризику – у 2,86% представників (5 448 випадків) при фактичній чисельності груп 247 077 (дані МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010р.) [12]. Найбільш поширеними із ІПСШ в групах підвищеного ризику в Україні є трихомоноз та сифіліс [1].

Синдромний підхід лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ: світовий досвід

ВООЗ вважає, що попередження та лікування ІПСШ дозволяє знизити ризик передачі ВІЛ статевим шляхом, особливо серед представників груп населення, які з більшим ступенем імовірності мають багато чисельних статевих партнерів, наприклад робітники секс-індустрії та їх клієнти [4].

На думку іноземних науковців покращення системи надання послуг з діагностики та лікування пацієнтам з ІПСШ є одним з науково підтверджених способів зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення в цілому [36, 43]. Цієї ж думки притримуються і вітчизняні вчені [7, 9, 11]. Концентрація уваги на окремих групах населення, які характеризуються більш високою імовірністю передачі ВІЛ/ІПСШ, дозволяє досягти більшої економічної ефективності впроваджених програм діагностики і лікування ІПСШ як методу профілактики статевого інфікування ВІЛ [32]. Математичні моделі підкреслюють важливість надання послуг лікування ІПСШ саме тій категорії осіб, які найбільш імовірно передають інфекцію. Це дасть максимальну ефективність впливу на рівні загального населення [34].

В той же час, програми діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ дають максимальний ефект, якщо вони базуються на синдромному підході лікування ІПСШ. Тому, ВООЗ та ЮНЕЙДС наполегливо рекомендують прийняти синдромний підхід до діагностики та лікування ІПСШ для представників окремих груп населення як інструмент протидії поширення ВІЛ статевим шляхом [48]. Синдромний підхід до діагностики та лікування ІПСШ заснований на діагностиці різних синдромів (певних поєднань клінічних ознак) та лікуванні від основного спектру збудників, які можуть викликати той чи інший синдром. На допомогу медичним працівникам ВООЗ розробила прості алгоритми лікування пацієнтів з різними синдромами ІПСШ [39]. Впровадження програм діагностики та лікування ІПСШ на засадах синдромного підходу до лікування ІПСШ уже показало себе як ефективний інструмент впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. Так, рандомізоване контрольоване дослідження, проведене в Об'єднаній Республіці Танзанія, довело, що покращення ведення хворих з клінічно вираженими ІПСШ

з використанням синдромного підходу в закладах первинної медичної допомоги знизило захворюваність на ВІЛ на 38% [38]. Дослідження ефективності синдромного лікування ІПСШ серед ВІЛ-інфікованих жінок секс-бізнесу (РКС) в Абіджані (Кот-д'Івуар) (в дослідженні прийняло участь 1201 РКС) показали, що після синдромного лікування наявних ІПСШ імовірність інфікування ВІЛ-1 та ВІЛ-2 через цервікальний слиз знизилася з 42 до 21% [35]. Ефективність впровадження синдромного підходу лікування ІПСШ доводить ціла низка рандомізованих досліджень у країнах Східної Африки [41].

У Західній Європі ведення багатьох пацієнтів також здійснюється саме за принципами синдромного підходу – наприклад, при уретриті в чоловіків, коли пацієнтам, у яких в результаті мікроскопії мазка діагностовано гонорею, одночасно надається лікування проти хламідіозу замість очікування результатів підтверджувальних досліджень на хламідіоз; а жінкам із болями в нижній ділянці живота, в яких шляхом мікроскопії мазка діагностовано гонорею шийки матки, надається відразу комплекс лікування і від уrogenітального хламідіозу та трихоманозу [21].

Синдромний підхід широко впроваджується і на території країн пострадянського простору. Так, програми діагностики та лікування ІПСШ на засадах синдромного підходу у представників окремих груп підвищеного ризику реалізовувалися в РФ («Проект лечения и ведения ИППП и ВИЧ/СПИД в Рязанской области») – вдалось знизити захворюваність ІПСШ на 17,1% [21], Киргизстані («Проект ЗдравПлюс» при підтримці USAID, 2004) [3], Грузії («Проект профилактики ИППП» при підтримці USAID, 2002-2007 роки). В багатьох сусідніх країнах синдромний підхід запроваджено в роботу не лише дерматовенерологічної служби (див.табл.)

Таблиця.

Стан впровадження синдромного підходу лікування ІПСШ в медичні служби країн пострадянського простору

Медичні служби	Впроваджено синдромний підхід лікування ІПСШ
----------------	--

Дерматовенерологічна служба	Азербайджан, Вірменія, Киргизстан, Таджикистан, Узбекистан
Акушерсько-гінекологічна служба	Азербайджан, Вірменія, Киргизстан, Таджикистан
Служба репродуктивного здоров'я	Азербайджан, Вірменія, Киргизстан, Таджикистан
Первина медико-санітарна допомога	Азербайджан, Киргизстан, Таджикистан
Служба протидії ВІЛ/СНІД	Вірменія
Інші медичні служби	Вірменія

Програми діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ та стан впровадження синдромного підходу лікування ІПСШ в Україні

Системне впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ в Україні розпочато у 2008 року. Реалізація даних програм відбувається на виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки» в частині розширення доступу представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ до діагностики і лікування ІПСШ [24]. Діагностика та лікування ІПСШ у представників уразливих груп є складовою заявки 6 раунду Глобального Фонду (ГФ) та компонентом Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІД, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні», що реалізується на всій території України за підтримки МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», в співпраці з МОЗ України, Державною службою України з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу та інших соціально небезпечних захворювань, ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом МОЗ України», науковими установами України, Бюро ВООЗ в Україні, ЮНЕЙДС та іншими партнерами на національному рівні [5]. На регіональному рівні в процесі

надання послуг безпосередньо представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ співробітничать неурядові організації (НУО). Які забезпечують вихід на представників цільової групи клієнтів програми та психосоціальний супровід пацієнтів в процесі отримання ними послуг з діагностики та лікування ІПСШ та лікувально-профілактичні заклади (шкірно-венерологічні диспансери (кабінети), регіональні центри профілактики та боротьби із СНІДом, лікувально-профілактичні заклади загальної медичної мережі).

В результаті проведеної роботи на кінець 2012 року в Україні надають послуги з діагностики та лікування ІПСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ на основі мультидисциплінарного підходу 92 НПО у співробітництві з 108 лікувально-профілактичними закладами [14]. За даними Українського центру профілактики та боротьби із СНІДом з 2008 року станом на 01.01.2012 року в програмах діагностовано 30 771 випадок ІПСШ у представників цільової групи та завершено курс лікування 29 992 випадків ІПСШ [8]. Але, на думку міжнародних експертів, які працювали у 2009 році в Україні у Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні» ефективність програм діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ була б значно ефективніше при запровадженні в їх реалізацію синдромного підходу лікування ІПСШ [6]. В той же час, експерти у своєму звіті вказують, що на їх думку «в Україні існує сильне упередження щодо лікування ІПСШ без підтвердження шляхом лабораторного тестування, яке базується швидше на традиціях надання медичної допомоги, ніж на наукових даних чи на міжнародному досвіді» [6]. Підтвердженням цього є той факт, що за результатами проекту по перегляду національної політики щодо лікування ІПСШ та адаптацію європейських протоколів із лікування ІПСШ для місцевого застосування (IUSTI-Європа та Європейське Регіональне Бюро ВООЗ, 2003 рік) з 6 залучених країн (Вірменія, Естонія, Грузія, Україна, Молдова, Узбекистан)

лише Україна не затвердила міжнародну рекомендовану стратегію лікування та продовжувала опиратися впровадженню синдромного підходу лікування ІПСШ [45]. В той же час, питання необхідності впровадження синдромного підходу до діагностики та лікування ІПСШ для окремих груп населення в Україні залишається дискусійним. Так, окремі українські спеціалісти підтримують ідею необхідності застосування синдромного підходу до лікування ІПСШ для представників уразливих груп населення як методу профілактики поширення ВІЛ статевим шляхом [12, 15, 22].

Міжнародний досвід свідчить про те, що в Україні включення синдромного підходу до варіантів лікування для всіх хворих із ІПСШ (не лише груп підвищеного ризику ВІЛ) має такі переваги [6]:

1. Більш ранній початок лікування.
2. Більш раннє переривання ланцюга передачі ІПСШ.
3. Більш раннє зниження ризику передачі ВІЛ.
4. Більш висока ймовірність ефективного вирішення проблеми змішаних інфекцій вже під час першого візиту пацієнта.
4. Зниження витрат для пацієнтів.
5. Поліпшення прийнятності послуг.
6. Сприяння розширенню доступу до послуг у сфері ІПСШ для представників груп підвищеного ризику.

Звичайно, на фоні значних переваг впровадження синдромного підходу лікування ІПСШ є і окремі недоліки: деяка надмірність в лікуванні і, пов'язані з цим, додаткові витрати; постійна потреба в моніторингу антибіотикорезистентності штамів збудників ІПСШ [44]. Додаткові витрати, спричинені певною мірою надмірності лікування, компенсуються істотним зменшенням витрат на лабораторне тестування, що робить послуги лікування ІПСШ більш доступними для осіб з низьким рівнем доходів, до яких часто відносяться саме представники груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ. Тому, впровадження синдромного підходу лікування ІПСШ у клінічну практику в Україні не слід розглядати як крок, що взагалі відкидає етіологічну

діагностику ІПСШ. Натомість медичні фахівці мають бути готові до застосування змішаних підходів, залежно від обставин і наявного обсягу ресурсів [6]. Крім того, є необхідність широкого обговорення цілої низки питань щодо: визначення переліку груп, яким може бути запропоновано синдромне лікування ІПСШ; при яких умовах воно може бути застосоване; забезпечення дотримання права пацієнта на інформацію щодо переваг і недоліків синдромного лікування ІПСШ у порівнянні з етіологічним; необхідність адаптації алгоритмів та схем лікування до українських реалій, як це було зроблено в окремих країнах пострадянського простору (Узбекистан) [26] та інші.

Висновок.

Зважаючи на вищенаведене:

1. В Україні в умовах концентрованої стадії епідемії ВІЛ, рушійною силою епідемії залишаються представники груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ;

2. Стійке переважання статевого шляху інфікування ВІЛ в останні роки та щорічне зростання його ролі;

3. Висока поширеність та захворюваність ІПСШ представників груп підвищеного ризику інфікування та значного впливу ІПСШ на підвищення імовірності інфікування ВІЛ при сексуальних контактах;

4. Позитивного світового досвіду та досвіду пострадянських країн у впровадженні синдромного підходу діагностики та лікування ІПСШ як методу протидії поширення ВІЛ статевим шляхом,

фахівцям необхідно в найкоротші терміни перейти від дискусій щодо доцільності впровадження синдромного підходу як однієї з альтернатив діагностики та лікування ІПСШ до конкретних дій щодо його імплементації в існуючу систему надання медичної допомоги населенню.

Список літератури.

1. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №36. – К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2011. – 22 с.

2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень №39. – К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІД, 2013. – 35 с.
3. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения [Текст]/ USAID. Проект ЗдравПлюс. – Ташкент, 2007. – 150с.
4. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения. – 2007. – 70с.
5. Діагностика і лікування у представників уразливих груп [Ел.ресурс] / МБФ «Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», шлях доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/ippp/index.htm>
6. Звіт Місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні» [Текст]/ Д.Річенс, М.Беціу. – К.: Бюро ВООЗ в Україні, 2009. – 43с.
7. Іванов С.В. Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ІПСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні [Текст]/ С.В.Іванов, М.М.Шупенько, І.С.Миронюк// Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2009. - №4(35). – С.69-75.
8. ІПСШ [Ел.ресурс] / ДУ «Український центр профілактики та боротьби із СНІДом», шлях доступу: <http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/profilaktyka/ipssh>
9. Калюжна Л.Д. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих [Текст]/ Л.Д.Калюжна, Л.В.Гречанська// Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. - №1. – С.78-80.
10. Мавров Г.І. Інфекції, що передаються статевим шляхом, – один із чинників поширення вірусу імунодефіциту людини [Ел.ресурс] / Г.І.Мавров // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2009. – №1 шлях доступу: <http://immuno.health-ua.com/article/274.html>.
11. Мавров Г.І. Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в осіб із груп ризику, уразливих щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини [Ел.ресурс]/ Г.І.Мавров, Г.М.Бондаренко, Ю.В.Щербакова// // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. – 2011. – №1 шлях доступу: <http://immuno.health-ua.com/article/543.html>
12. Мавров Г.І. Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ [Текст]/ Г.І.Мавров, Ю.В.Щербакова// Дерматологія та венерологія. – 2012. - №1 (55). – С.9-18.
13. Методические рекомендации по второму поколению эпидемиологического надзора за ВИЧ [Текст] / ЮНЕЙДС/ВОЗ Рабочая группа по глобальному епиднадзору за ВИЧ/СПИДом и СПИ. – 2000. – 53с.

14. Миронюк И.С. Результаты внедрения моделей диагностики и лечения ИППП у представителей групп риска инфицирования ВИЧ в Украине [Текст]/ И.С.Миронюк, О.Ю.Савенко// Туберкулез. Легеневі хвороби. ВІЛ-інфекція – 2013. - №2 – С.
15. Миронюк І.С. Актуальність впровадження синдромного підходу лікування інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом в середовищі трудових мігрантів Закарпаття як методу профілактики інфікування ВІЛ [Текст]/ Матеріали міжнар. науково-практ. конференції «Роль і місце медицини у забезпеченні здоров'я людини у сучасному суспільстві». – Одеса, 1-2 лютого 2013 року, - ГО «Південна фундація медицини», - 2013. – С.79-81.
16. Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року [Текст]/ Н.Погоріла, Ю.Таран, С.Кім та ін. - К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010. – 60с.
17. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед осіб, які надають сексуальні послуги за плату, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року [Текст]/ А.Грушецький – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.
18. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед споживачів ін'єкційних наркотиків як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року [Текст]/ Балакєрева О.М., Боднар Т.В. та ін. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 120 с.
19. Моніторинг поведінки та поширеності ВІЛ серед чоловіків, які практикують секс із чоловіками, як компонент епідагляду за ВІЛ другого покоління: аналітичний звіт за результатами біоповедінкового дослідження 2011 року [Текст]/ Є.С.Большов., М.Г.Касянчук та ін – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2012. – 104 с.
20. Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине [Текст] / Ю.В.Круглов, В.А.Марциновская, И.В.Нгуен, В.А.Коршенко [и др.] // Профілактична медицина (епідеміологія, мікробіологія, вірусологія, паразитологія, інфекційні хвороби. – 2010. - №3(11). – С.14-18.
21. Перспективы внедрения принципов общественного здравоохранения в профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы и Центральной Азии: отчет о совещании ВОЗ [Текст] (Берлин, Германия 11-13 октября 2001 года / ВОЗ., 2002. – 27с.
22. Предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку. Практическое руководство по профилактике и лечению инфекций, передающихся половым путем. 2-е издание. [Текст]/ В.Н.Запорожан, Н.Н.Низова, С.П.Посохова. – Одесса: Американський міжнародний союз здравоохранения, 2005 – 75с.

23. Про внесення змін до Закону України "Про запобігання захворюванню на синдром набутого імунodefіциту (СНІД) та соціальний захист населення»: Закон України [Текст] / Відомості Верховної Ради України (ВВР). - 2011. - N 30. – С.274.
24. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009-2013 роки [Текст]: Закон України №1026-VI від 19.02.2009р. – Київ, 2010. – 28с.
25. Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 лютого 2013 року № 104.
26. Руководство по синдромной диагностике и лечению ИППП [Текст]/ Министерство Здравоохранения Республики Узбекистан, ПРООН в Республике Узбекистан; сост. Ш.И. Ибрагимов и соавт. – Ташкент, 2012. – 104с.
27. Флемінг Д.Т. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения [Ел.ресурс]/ Д.Т.Флемінг, Дж.Н. Вассерхайд // Инфекции Передаваемые Половым Путем. – 1999. - №5. - шлях доступу: <http://www.ozppp.ru/archive/1999-05/01.html>
28. Aral S.O. Sexually transmitted diseases: magnitude, determinants and consequences / Int.J.STD AIDS. – 2001. - Vol. 12, N4. – P.211 – 215.
29. Buchacz K et al. Syphilis increases HIV viral load and decreases CD4 cell counts in HIV-infected patients with new syphilis infections/ AIDS. - 2004. – Vol. 18. – P. 2075–2079.
30. Cohen M.S. 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. – Vol. 349. – P. 1868–1873.
31. Consultation on STD interventions for preventing HIV: what is the evidence? / Geneva, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS and World Health Organization, 2000. – 60p.
32. Creese A et al. Cost-effectiveness of HIV/AIDS interventions in Africa: a systematic review/ Lancet. – 2002. – Vol. 359. - P. 1635–1642.
33. Dehne K.L, Riedner G. Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services. Geneva: WHO, 2005. – 78 p.
34. Fleming D.T., Wasserheit J.N. From epidemiological synergy to public health policy and practice: the contribution of other sexually transmitted diseases to sexual transmission of HIV infection/ Sex Transm. Infect. – 1999. - Vol. 75. (1). – P. 3-17.
35. Ghys P.D., Fransen K., Diallo M.O. et al. The associations between cervicovaginal HIV shedding, sexually transmitted diseases and immunosuppression in female sex workers in Abidjan, Côte d'Ivoire/ AIDS. – 1997. - Vol.11.(12). – P. 85-93.

36. 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. – Vol. 350. – P. 1805–1809.
37. Gray R.H., Wawer M.J., Brookmeyer R. et al. Probability of HIV-1 transmission per coital act in monogamous, heterosexual, HIV-1-discordant couples in Rakai, Uganda. / *Lancet*. – 2001. – Vol. 357. - P. 1149–1153.
38. Grosskurth H. et al. Impact of improved treatment of sexually transmitted diseases on HIV infection in rural Tanzania: randomised controlled trial. / *Lancet*. - 1995. – Vol. 346. – P. 530–536.
39. Guidelines for the management of sexually transmitted infections (Руководство по лечению инфекций, передающихся половым путем). ВОЗ. Женева. 2003. - 91 с.
40. 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. – Vol. 98. – P. 1–8.
41. Kamali A., Quigley M., Nakiyingi J. 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. – Vol. 361. – P. 645-652.
42. Kuyper L.M., Collins C., Kerr T. et al. The prevalence and incidence of sexually transmitted infections in a prospective cohort of injection drug users in Vancouver, British Columbia / *Can. J. Infect. Dis. Med. Microbiol.* - 2005. – Vol. 16(4). – P. 225–229.
43. Manhart L.E., Holmes K.K. Randomized controlled trials of individual-level, population-level, and multilevel interventions for preventing sexually transmitted infections: what has worked? / *Journal of Infectious Diseases*. - 2005. - Vol. 191 (Suppl 1): S7–S24.
44. Pettifor A., Walsh J., Wilkins V. et al. How effective is syndromic management of STDs? : A review of current studies / *Sex Transm. Dis.* – 2000. – Vol. 27. (7). - P. 371-385.
45. Radcliffe K. Developing evidence-based guidelines for the management of sexually transmitted diseases in former Soviet Union countries. / *Int. J. STD AIDS*. – 2005. - Vol. 16. (9). - P. 589-593.
46. Ross M.W., Gold J., Wodak A., Miller M.E. Sexually transmissible diseases in injecting drug users. / *Genitourin Med.* – 1991. - Vol. 67(1). – P. 32–36.
47. Rottingen JA, Cameron DW, Garnett GP. A systematic review of the epidemiologic interactions between classic sexually transmitted diseases and HIV – How much really is known? / *Sexually Transmitted Diseases*. - 2001. – Vol. 28(10) – P. 579 – 597.
48. Sexually Transmitted Diseases: Policies and Principles for Prevention and Care. / WHO/UNAIDS. - 48 p.
49. STDs in Men Who Have Sex with Men. 2010. Sexually Transmitted Diseases Surveillance [Эл.ресурс] / CDC. - путь доступа:
<http://www.cdc.gov/std/stats10/msm.htm#foot13>

50. 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 – Vol. 185. – P. 45–52.
51. Wienstock H., Dale M., Gwinn M. Satten GA, Kothe D, Mei J, Royalty J, Linley L, Fridlund C, Parekh B, Rawal BD, Busch MP, Janssen RS. HIV seroincidence among patients at clinics for sexually transmitted diseases in nine cities in the United States / J. Acquir. Immune Defic. Syndr. – 2002. – Vol.29, N 5. – P. 478 – 483.

И.С.Миронюк¹, И.Б.Перегинец²

¹Закарпатский Центр профилактики и борьбы со СПИДом

²Бюро ВОЗ в Украине

МЕСТО И ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ СИНДРОМНОГО ПОДХОДА ЛЕЧЕНИЕ ИППП В УКРАИНЕ КАК ДЕЙСТВЕННОГО МЕХАНИЗМА ПРОТИВОДЕЙСТВИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-инфекции/СПИДа

На основании анализа особенностей развития эпидситуации по ВИЧ-инфекции/СПИДу в Украине, с учетом мирового опыта представлена аргументация острой необходимости внедрения синдромного подхода диагностики и лечения ИППП в Украине с целью противодействия распространению ВИЧ-инфекции половым путем.

Ключевые слова: синдромное лечение, ИППП, эпидемия ВИЧ/СПИД, Украина.

I.S. Myronyuk¹, I.B. Pereginec'²

¹Transcarpathian Center to prevent and fight Aids, Uzhgorod

²Office for WHO in Ukraine, Kiev

PLACE AND PROSPECTS FOR THE INTRODUCTION OF THE SYNDROME APPROACH THE TREATMENT OF STI IN UKRAINE AS AN EFFECTIVE MECHANISM TO COUNTER HIV-INFECTION/AIDS

In an article based on the analysis of the features of the development of the situation with the epidemic of HIV/AIDS in Ukraine, review of the international experience presented arguments the urgent need of the syndrome approach the diagnosis and treatment of STI in Ukraine with the aim of combating the spread of HIV-infection/AIDS sexually.

Key words: syndromic management, STI, HIV/AIDS, Ukraine.

Контактна інформація:

Миронюк Іван Святославович, к.мед.н.

головний лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби із СНІДом

доцент Ужгородського національного університету

88000, м.Ужгород, вул..Другетів, 72

Тел. (0312) 617647, E-mail: ism69@ukrpost.ua