

І.С. Миронюк¹, І.Б. Перегінець²¹Закарпатський центр профілактики та боротьби зі СНІДом, Ужгород²Бюро ВООЗ в Україні, Київ

Місце та перспективи впровадження синдромного підходу до лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в Україні як дієвого механізму протидії епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу

На підставі даних аналізу особливостей розвитку епідситуації з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні та світового досвіду представлено аргументацію нагальної потреби у впровадженні синдромного підходу до діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, з метою протидії поширенню ВІЛ-інфекції статевим шляхом.

Ключові слова

Синдромне лікування, інфекції, що передаються статевим шляхом, епідемія ВІЛ/СНІДу, Україна.

Основним шляхом передачі ВІЛ в Україні від 1995 до 2007 р. включно був парентеральний, переважно у разі введення наркотичних речовин ін'єкційним шляхом. Уперше у 2008 р. відбулася зміна шляхів передачі — частка статевого шляху стала вищою від парентерального [3]. У 2009—2012 рр. продовжувалося зростання частки осіб, інфікованих ВІЛ статевим шляхом, та зменшення відсотка парентерального, тобто внаслідок ін'єкцій наркотичних речовин [4].

В Україні констатують концентровану стадію епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу [13], яка, за визначенням ВООЗ та ЮНЕЙДС, характеризується стрімким поширенням ВІЛ-інфекції в групах підвищеного ризику інфікування щодо ВІЛ [17]. Згадані групи продовжують бути головним джерелом поширення ВІЛ-інфекції серед населення. Групи підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ — це контингент населення, якому з урахуванням особливостей їхньої поведінки та поведінки оточення загрожує підвищений ризик контакту з джерелом ВІЛ [22]. На сьогодні до переліку груп підвищеного ризику щодо інфіку-

вання ВІЛ в Україні належать: споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН); особи, які надають сексуальні послуги за винагороду (РКС) та їхні клієнти, чоловіки, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ) і їхні статеві партнери, статеві партнери СІН [24].

Результати спостережень свідчать, що нова хвиля інфікування ВІЛ статевим шляхом тісно пов'язана з небезпечною сексуальною поведінкою СІН [1] та їхніх статевих партнерів [21]. Ще одна група, яка має підвищений ризик інфікування ВІЛ, — ЧСЧ. Від 2005 р. в Україні щорічно офіційно реєструють усе більше нових випадків ВІЛ-інфекції серед представників цієї групи: від 20 у 2005 р. до 152 у 2012 р. [4]. Хоча абсолютні дані офіційної реєстрації ВІЛ у групі ЧСЧ незначні, спираючись на результати епіднагляду за ВІЛ другого покоління в згаданій групі населення (за даними епіднагляду, поширеність ВІЛ у групі ЧСЧ другого покоління у 2011 р. становила 6,4 %), можна припустити, що випадки інфікування ВІЛ, пов'язані із сексуальними стосунками серед чоловіків, враховують недостатньо [2]. В країні не реєструють окремо випадків ВІЛ-інфекції серед РКС. Однак дані дозорного

епіднагляду вказують на епідемію серед цієї групи населення, яка поширюється [7].

Роль інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом (ІПСШ), у поширенні ВІЛ у разі сексуальних контактів. ІПСШ і групи підвищеного ризику інфікування ВІЛ

В умовах переважання статевого шляху передачі вірусу ВІЛ-інфекції/СНІДу та значного поширення ІПСШ спостерігається нерозривний зв'язок між ними. Численними дослідженнями доведено, що різні ІПСШ підвищують ймовірність інфікування вірусом імунodefіциту людини під час сексуальних контактів [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, урогенітальний хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші статеві інфекції. Так, генітальний герпес може бути причиною зростання частки нових випадків інфікування ВІЛ статевим шляхом, а терапія інфекцій, зумовлених вірусом простого герпесу 2 типу скорочує рівень передачі ВІЛ статевим шляхом [31, 50]. За оцінками спеціалістів, наявність виразкових уражень статевих органів підвищує ризик передачі ВІЛ за одноразового статевого контакту без засобів захисту у 50—300 разів [40]. Так, результати дослідження ймовірності передачі ВІЛ у 174 моногамних дискордантних щодо ВІЛ пар у Ракаї (Уганда) свідчать, що ймовірність інфікування ВІЛ неінфікованого партнера за один незахищений статевий контакт на порядки вища у парах, де у одного з партнерів є генітальні виразки, ніж у парах, де генітальних виразок ні у кого з партнерів немає [37].

Пацієнти, які звертаються в лікувально-профілактичні заклади по медичну допомогу з приводу ІПСШ, можуть одночасно мати і первинну ВІЛ-інфекцію з високою концентрацією вірусу. Вони особливо небезпечні як джерела статевого інфікування ВІЛ. Так, за результатами дослідження в Малаві, у ВІЛ-позитивних чоловіків із гонококовим уретритом концентрація ВІЛ у спермі була у 6 разів вищою, ніж у ВІЛ-позитивних чоловіків без такої патології. Після лікування гонококової інфекції концентрація ВІЛ у спермі знизилася до показників ВІЛ-позитивних чоловіків без уретриту [30]. За результатами дослідження, проведеного в США, в

якому взяли участь 52 ВІЛ-інфікованих чоловіків із первинним та вторинним сифілісом (58 % із них отримували антиретровірусну терапію), сифілісу притаманні значне підвищення вірусного навантаження ВІЛ та значне зниження рівня лімфоцитів CD4+. Після лікування сифілісу стан імунної системи відновився до рівнів, які були до зараження сифілісом, а концентрація вірусу в крові різко знизилася [29], що своєю чергою зменшило ймовірність передачі ВІЛ статевому партнеру.

Доцільність впровадження програм з надання послуг із діагностики та лікування ІПСШ представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ зумовлено і більшою поширеністю ІПСШ у згаданих групах порівняно із загальною масою населення. Так, дослідження поширеності ІПСШ серед 1245 СІН (чоловіків і жінок) свідчать, що понад третина чоловіків СІН та більш як половина жінок СІН повідомили принаймні про одну ІПСШ в своєму житті [46]. За даними когортного дослідження поширеності ІПСШ у середовищі СІН (від травня 1996 р. до листопада 2003 р.), в якому взяли участь 1560 осіб (Ванкувер, Британська Колумбія), поширеність ІПСШ становила 8,2 % для чоловіків і 15,9 % для жінок. Різниця поширеності ІПСШ між чоловіками СІН та жінками СІН пов'язана з практикою надання сексуальних послуг за плату: поширеність ІПСШ становила 8,0 % для СІН, які не повідомляють про участь у секс-бізнесі, і 19,8 % для СІН, які повідомили про участь у ньому [42]. Високі рівні захворюваності на ІПСШ реєструють у світі і в середовищі ЧСЧ. Так, у 2010 р. у групі міст США у на різних сайтах досліджували поширеність гонореї та урогенітального хламідіозу серед ЧСЧ (18 462 ЧСЧ обстежено на наявність гонореї та 17 915 — на хламідіоз). Середній показник поширеності за гонореєю сягнув 15,5 % (діапазон на сайтах — 9,4—25,8 %), за хламідіозом — 13,0 % (діапазон на сайтах — 7,5—19,2 %) [49].

Офіційних даних щодо захворюваності або поширеності ІПСШ у середовищі представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні немає. Водночас дослідження вітчизняних науковців дають підстави стверджувати, що поширеність ІПСШ серед основних груп підвищеного ризику значно переважає показники загального населення. Так, якщо у 2010 р. ІПСШ виявлено у 0,41 % населення (189 908 випадків), то серед груп підвищеного ризику — у 2,86 % (5448 випадків) за фактичної кількості 247 077 представників (МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні», 2010 р.) [16]. Найпоширеніші серед ІПСШ у групах підви-

Таблиця. Стан впровадження синдромного підходу до лікування ІПСШ у медичні служби країн пострадянського простору

Медична служба	Впроваджено синдромний підхід до лікування ІПСШ
Дерматовенерологічна служба	Азербайджан, Вірменія, Киргизстан, Таджикистан, Узбекистан
Акушерсько-гінекологічна служба	Азербайджан, Вірменія, Киргизстан, Таджикистан
Служба репродуктивного здоров'я	Азербайджан, Вірменія, Киргизстан, Таджикистан
Первинна медико-санітарна допомога	Азербайджан, Киргизстан, Таджикистан
Служба протидії ВІЛ/СНІДу	Вірменія
Інші медичні служби	Вірменія

щеного ризику в Україні трихомоноз та сифіліс [3].

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

За даними ВООЗ, запобігання та лікування ІПСШ дає змогу знизити ризик передачі ВІЛ статевим шляхом, особливо у представників груп населення, які з великим ступенем імовірності мають багато статевих партнерів, наприклад, працівники секс-індустрії та їхні клієнти [6].

На думку іноземних науковців, поліпшення системи надання послуг з діагностики та лікування пацієнтам із ІПСШ є одним із науково підтверджених способів зниження захворюваності на ВІЛ-інфекцію серед населення загалом [36, 43]. Цієї ж думки дотримують і вітчизняні вчені [10, 12, 15]. Концентрація уваги на групах населення з високою імовірністю передачі ВІЛ/ІПСШ дає змогу досягти більшої економічної ефективності впроваджених програм діагностики і лікування ІПСШ як методу профілактики статевого інфікування ВІЛ [32]. Математичні моделі підкреслюють важливість надання послуг з лікування ІПСШ саме тій категорії осіб, яка найімовірніше передає інфекцію. Це забезпечить максимальну ефективність впливу на рівні населення [34].

Водночас програми діагностики та лікування ІПСШ у представників груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ дають максимальний ефект, якщо ґрунтуються на синдромному підході до лікування ІПСШ. Тому ВООЗ та ЮНЕЙДС наполегливо рекомендують прийняти синдромний підхід до діагностики та лікування ІПСШ для представників окремих груп населення як інструмент протидії поширенню ВІЛ статевим шляхом [48]. Він заснований на діагностиці різних синдромів (певних поєднань клінічних ознак) та лікуванні від основного спектра збудників, які можуть спричинити той чи той синдром. На допомогу медичним працівникам ВООЗ розробила прості алгоритми лікування пацієнтів із

різними синдромами ІПСШ [39]. Впровадження програм діагностики та лікування ІПСШ на засадах синдромного підходу до лікування уже показало себе як ефективний інструмент впливу на епідемію ВІЛ-інфекції. Так, рандомізоване контрольоване дослідження, проведене в Об'єднаній Республіці Танзанія, довело, що завдяки поліпшенню ведення хворих із клінічно виразними ІПСШ з використанням синдромного підходу в закладах первинної медичної допомоги знизилася захворюваність на ВІЛ на 38 % [38]. Дослідження ефективності синдромного лікування ІПСШ у ВІЛ-інфікованих жінок секс-бізнесу в Абіджані (Кот-д'Івуар), у якому взяла участь 1201 РКС, довело, що після такої терапії ймовірність інфікування ВІЛ-1 та ВІЛ-2 через цервікальний слиз знизилася від 42 до 21 % [35]. Ефективність синдромного підходу лікування ІПСШ засвідчує низка рандомізованих досліджень у країнах Східної Африки [41].

У Західній Європі багатьох пацієнтів також лікують саме за принципами синдромного підходу. Наприклад, при уретриті чоловіків, у яких під час мікроскопії мазка діагностовано гонорею, одночасно лікують проти хламідіозу, не чекаючи підтвердження щодо цієї інфекції, а жінкам, що скаржаться на біль внизу живота, у яких шляхом мікроскопії мазка діагностовано гонорею шийки матки, відразу призначають комплекс лікування і від урогенітального хламідіозу та трихомонозу [20].

Синдромний підхід широко впроваджується і на території країн пострадянського простору. Так, програми діагностики та лікування ІПСШ на засадах синдромного підходу представників окремих груп підвищеного ризику реалізовували в РФ («Проект лечения и ведения ИППП и ВИЧ/СПИД в Рязанской области»), коли захворюваність знизили на 17,1 % [20], у Киргизстані («Проект ЗдравПлюс» при підтримці USAID, 2004) [5], Грузії («Проект профилактики ИППП» за підтримки USAID, 2002–2007 роки). У багатьох країнах синдромний підхід запроваджено в практику не лише дерматовенерологічної служби (таблиця).

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

Системне впровадження програм надання послуг з діагностики та лікування ІПСШ в Україні розпочато у 2008 р. Їх реалізують на виконання заходів Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. у частині розширення доступу представників груп ризику щодо інфікування ВІЛ до діагностики і лікування ІПСШ [23]. Діагностика та лікування ІПСШ у представників уразливих груп є складовою заявки 6-го раунду Глобального Фонду (ГФ) та компонентом Програми «Підтримка з метою запобігання ВІЛ/СНІДу, лікування та догляду для найуразливіших верств населення в Україні», що реалізується на всій території України на національному рівні 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 зі СНІДом МОЗ України», науковими установами України, Бюро ВООЗ в Україні, ЮНЕЙДС та іншими партнерами [8]. На регіональному рівні у процесі надання послуг безпосередньо представникам груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ співпрацюють неурядові організації (НУО), які забезпечують вихід на представників цільової групи клієнтів програми та психосоціальний супровід пацієнтів у процесі отримання ними послуг з діагностики та лікування ІПСШ, та лікувально-профілактичні заклади (шкірно-венерологічні диспансери чи кабінети, регіональні центри профілактики та боротьби зі СНІДом, лікувально-профілактичні заклади загальної медичної мережі).

Унаслідок такої роботи на кінець 2012 р. в Україні надають послуги з діагностики та лікування ІПСШ представникам груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ на основі мультидисциплінарного підходу 92 НПО у співпраці з 108 лікувально-профілактичними закладами [18]. За даними Українського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, від 2008 р. станом на 01.01.2012 р. діагностовано 30 771 випадок ІПСШ у представників цільової групи та завершено курс лікування 29 992 хворих з ІПСШ [11]. Але, на думку міжнародних експертів, які працювали у 2009 р. в Україні у місії «Оцінка наявності й доступності послуг з

діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ в Україні», ефективність згаданих програм була б значно вищою у разі запровадження синдромного підходу до лікування ІПСШ [25]. Водночас експерти звітують, що «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» [25]. Підтвердженням цього є той факт, що, за результатами проекту з перегляду національної політики щодо лікування ІПСШ та адаптації європейських протоколів із лікування ІПСШ для місцевого застосування (IUSTI-Європа та Європейське Регіональне бюро ВООЗ, 2003 р.), із шести країн (Вірменія, Естонія, Грузія, Україна, Молдова, Узбекистан) лише Україна не затвердила міжнародну рекомендовану стратегію лікування та продовжувала опиратися впровадженню синдромного підходу до лікування ІПСШ [45]. Водночас питання крайньої потреби у впровадженні синдромного підходу до діагностики та лікування ІПСШ для окремих груп населення в Україні залишається дискусійним. Так, деякі українські спеціалісти підтримують ідею застосування синдромного підходу до лікування ІПСШ для представників уразливих груп населення як методу профілактики поширення ВІЛ статевим шляхом [9, 16, 19].

Міжнародний досвід свідчить про те, що в Україні введення синдромного підходу до варіантів лікування всіх хворих із ІПСШ (не лише груп підвищеного ризику щодо ВІЛ) має такі переваги [25]:

- 1) раніший початок лікування;
- 2) раніше переривання ланцюга передачі ІПСШ;
- 3) раніше зниження ризику передачі ВІЛ;
- 4) вища ймовірність ефективного розв'язання проблеми змішаних інфекцій уже під час першого візиту пацієнта;
- 5) зменшення витрат для пацієнтів;
- 6) поліпшення прийнятності послуг;
- 7) сприяння розширенню доступу до послуг у сфері ІПСШ для представників груп підвищеного ризику.

Звичайно, на тлі значних переваг упровадження синдромного підходу лікування ІПСШ є й окремі недоліки: деяка надмірність у лікуванні і додаткові витрати, пов'язані з цим; постійна потреба в моніторингу антибіотикорезистентності штамів збудників ІПСШ [44]. Додаткові витрати, спричинені певною мірою надмірністю

лікування, компенсуються істотним зменшенням витрат на лабораторне тестування, що робить терапію доступнішою для осіб з низьким рівнем доходів, до яких часто належать саме представники груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ. Тому запровадження 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 обсягу ресурсів [25]. Крім того, є крайня потреба в широкому обговоренні низки питань, а саме: визначення переліку груп, яким може бути запропоновано синдромне лікування ІПСШ; за яких умов воно може бути застосоване; забезпечення дотримання права пацієнта на інформацію щодо переваг і недоліків синдромного лікування ІПСШ порівняно з етіологічним; крайня потреба в адаптації алгоритмів та схем лікування до українських реалій, як це було зроблено в окремих країнах пострадянського простору (Узбекистан) [26] та ін.

Список літератури

1. Балакерева О.М., Боднар Т.В. та ін. 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.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2012.— 120 с.
2. Большов Є.С., Касянчук М.Г. та ін. 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.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2012.— 104 с.
3. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 36.— К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2011.— 22 с.
4. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 39.— К.: МОЗ України, Укр. центр профілактики і боротьби зі СНІДом, 2013.— 35 с.
5. Внедрение проектов повышения качества медицинского обслуживания на уровне первичного звена здравоохранения / USAID. Проект ЗдравПлюс.— Ташкент, 2007.— 150 с.
6. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними (2006—2015 гг.) // Всемирная организация здравоохранения.— 2007.— 70 с.
7. Грушецький А. 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.— К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2012.— 120 с.
8. Діагностика і лікування у представників уразливих груп [Ел. ресурс] / МБФ «Міжнар. альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», шлях доступу: <http://www.aidsalliance.org.ua/cgi-bin/index.cgi?url=/ua/ipp/p/index.htm>.
9. Запорожан В.Н., Низова Н.Н., Посохова С.П. Предупреждение передачи ВИЧ от матери к ребенку: 2-е изд.— Одесса: Американський міжнародний союз здравоохранения, 2005.— 75 с.

Висновки

1. В Україні в умовах концентрованої стадії епідемії ВІЛ рушійною силою епідемії залишаються представники груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ.
 2. В останні роки переважає статевий шлях інфікування ВІЛ та щорічне зростання його ролі в поширенні епідемії ВІЛ.
 3. Висока поширеність та захворюваність ІПСШ представників груп підвищеного ризику щодо інфікування та значний вплив ІПСШ на підвищення ймовірності інфікування ВІЛ під час сексуальних контактів.
 4. Позитивний світовий досвід та досвід пострадянських країн у впровадженні синдромного підходу діагностики та лікування ІПСШ як методу протидії поширенню ВІЛ статевим шляхом.
- Фахівцям належить щонайшвидше перейти від дискусій про доцільність запровадження синдромного підходу як однієї з альтернатив діагностики та лікування ІПСШ до конкретних дій з його імплементації в систему надання медичної допомоги населенню.

10. Иванов С.В., Шупенько М.М., Миронюк І.С. Сучасні клініко-правові аспекти обстеження та лікування пацієнтів з ІПСШ при розробленні методів моніторингу й оцінки поширеності ВІЛ/СНІДу в Україні // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2009.— № 4 (35).— С. 69—75.
11. ІПСШ [Ел. ресурс] / ДУ «Український центр профілактики та боротьби зі СНІДом», шлях доступу: <http://ukraids.gov.ua/index.php/uk/diyalnist-centru/profilaktyka/ippsh>.
12. Калюжна Л.Д., Гречанська Л.В. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2004.— № 1.— С. 78—80.
13. Круглов Ю.В., Марциновская В.А., Нгуен И.В., Коршенко В.А. и др. Определение стадии эпидемии ВИЧ-инфекции в Украине // Профилактика медицины (эпидемиология, микробиология, вирусология, паразитология, инфекционные болезни).— 2010.— № 3 (11).— С. 14—18.
14. Мавров Г.І. Інфекції, що передаються статевим шляхом,— один із чинників поширення вірусу імунодефіциту людини [Ел. ресурс] // Клінічна імунол. Алергол. Інфектол.— 2009.— № 1.— Шлях доступу: <http://immuno.health-ua.com/article/274.html>.
15. Мавров Г.І., Бондаренко Г.М., Щербакова Ю.В. Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом, в осіб із груп ризику, уразливих щодо інфікування вірусом імунодефіциту людини [Ел. ресурс] // Клінічна імунол. Алергол. Інфектол.— 2011.— № 1.— Шлях доступу: <http://immuno.health-ua.com/article/543.html>.
16. Мавров Г.І., Щербакова Ю.В. Особливості надання дерматовенерологічної допомоги представникам груп ризику, уразливим щодо зараження ВІЛ // Дерматол. та венерол.— 2012.— № 1 (55).— С. 9—18.
17. Метод. реком. по второму поколенню епідеміологічного нагляду за ВИЧ/ЮНЕЙДС/ВОЗ. Робоча група по глобальному епідагляду за ВИЧ/СПИДом и СПИ.— 2000.— 53 с.
18. Миронюк І.С., Савенко О.Ю. Результати впровадження моделей діагностики і лікування ІППП у представителів групи ризику інфікування ВИЧ в Україні // Туберкульоз, легенева хвороба, ВІЛ-інфекція— 2013.— № 2 (13).— С. 35—41.
19. Миронюк І.С. Актуальність впровадження синдромного підходу лікування інфекцій, що передаються переважно статевим шляхом в середовищі трудових мігрантів За-

- карпаття як методу профілактики інфікування ВІЛ / Матер. міжнар. наук.-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.
20. Перспективи впровадження принципів общественного здравоохранения в профилактику и лечение инфекций, передаваемых половым путем, в странах Восточной Европы и Центральной Азии: отчет о совещании ВОЗ (Берлин, Германия, 11–13 октября 2001 года // ВОЗ., 2002. – 27 с.
 21. Погоріла Н., Таран Ю., Кім С. та ін. Моніторинг поведінки та поширеність ВІЛ-інфекції серед статевих партнерів споживачів ін'єкційних наркотиків: аналітичний звіт за результатами дослідження 2009 року. – К.: МБФ «Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІДу в Україні», 2010. – 60 с.
 22. 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. – № 30. – С. 274.
 23. Про затвердження Загальнодержавної програми забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду і підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 роки: Закон України № 1026-VI від 19.02.2009 р. – К., 2010. – 28 с.
 24. Про затвердження Переліку та Критеріїв визначення груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ: наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 лютого 2013 року № 104.
 25. Річенс Д., Беціу М. Звіт місії «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні». – К.: Бюро ВООЗ в Україні, 2009. – 43 с.
 26. Руководство по синдромной диагностике и лечению ИППП/ Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, ПРООН в Республике Узбекистан; сост. Ш.И. Ибрагимов и соавт. – Ташкент, 2012. – 104 с.
 27. Флемінг Д.Т., Вассерхайт Дж.Н. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения [Ел. ресурс] // 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, N 4. – 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. – 60 p.
 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 R.J., Schulz K.F., Plummer F.A. 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). – P. 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, N 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 J.A., Cameron D.W., Garnett G.P. 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 [Ел. ресурс] / CDC. – Шлях доступу: <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. et al. 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. Миرونюк¹, И.Б. Перегинец²

¹Закарпатский центр профилактики и борьбы со СПИДом, Ужгород

²Бюро ВОЗ в Украине, Киев

Место и перспективы внедрения синдромного подхода к лечению инфекций, передающихся половым путем, в Украине как действенного механизма противодействия эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа

На основании анализа особенностей развития эпидситуации по ВИЧ-инфекции/СПИДу в Украине и с учетом мирового опыта представлена аргументация острой необходимости во внедрении синдромного подхода к диагностике и лечению инфекций, передающихся половым путем, в целях противодействия распространению ВИЧ-инфекции половым путем.

Ключевые слова: синдромное лечение, инфекции, передающиеся половым путем, эпидемия ВИЧ/СПИДа, Украина.

I.S. Myronyuk¹, I.B. Pereginec²

¹Transcarpathian AIDS Prevention and Control Center, Uzhgorod, Ukraine

²WHO Country Office in Ukraine, Kyiv, Ukraine

Place and prospects for the introduction of the syndrome approach for the treatment of STI in Ukraine as an effective mechanism to counter HIV infection/AIDS

The article emphasizes the urgent need of the syndrome approach the diagnosis and treatment of STI in Ukraine 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 with the aim of combating the sexually spread of HIV infection/AIDS.

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

Контактна інформація:

Миرونюк Іван Святославович, к. мед. н., головний лікар Закарпатського центру профілактики та боротьби зі СНІДом, доцент Ужгородського національного університету
88000, м. Ужгород, вул. Другетів, 72
Тел. (0312) 61-76-47
E-mail: ism69@ukrpost.ua

Стаття надійшла до редакції 14 квітня 2013 р.