

# ОСОБЛИВОСТІ НАДАННЯ ДЕРМАТОВЕНЕРОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРЕДСТАВНИКАМ ГРУП РИЗИКУ, УРАЗЛИВИМ ЩОДО ЗАРАЖЕННЯ ВІЛ

*Г.І. Маєров, Ю.В. Щербакова*

*ДУ «Інститут дерматології та венерології АМН України»*

**Резюме.** *За темпами поширення ВІЛ Україні вийшла на перше місце в Європі. Інфекції, що супроводжуються порушенням цілісності слизових оболонок, (сифіліс, герпес, трихомоноз), збільшують ризик зараження ВІЛ у кілька разів. Статевий шлях передачі ВІЛ в останні роки - ведучий. Найбільша поширеність ІПСШ та ВІЛ спостерігається в групах ризику уразливих, щодо зараження ВІЛ. Завдяки застосуванню кейс-менеджменту для ведення пацієнтів з груп ризику буде попереджено передачу ІПСШ та ризиковану поведінку, тим самим розповсюдження ВІЛ.*

**Ключові слова:** *інфекції, що передаються статевим шляхом, ВІЛ, захворюваність, інфікування, групи ризику, профілактика, лікування.*

У світі щодня реєструється понад 6800 нових випадків інфікування ВІЛ. Понад 96% випадків інфікування спостерігається у країнах з низьким та середнім рівнем доходів. На сьогоднішній день загальна кількість людей, що живуть з ВІЛ/СНІД, складає понад 33 млн. За 2010 рік 2,5 млн. людей заразилися ВІЛ. Близько 2,1 млн. людей померли від СНІДу. Найбільша кількість інфікування ВІЛ спостерігається в країнах з низьким рівнем життя [1, 29].

Кількість ВІЛ-інфікованих у Східно-Європейському регіоні становить більше 1 млн. людей. За темпами розвитку епідемії, Україна - лідер у Східно-Європейському регіоні разом з Естонією та Російською Федерацією [22].

Виразкові і не виразкові інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) (си-

філіс, герпес, трихомоноз, тощо), підвищують поширення ВІЛ шляхом збільшення, як вірулентності вірусу імунodefіциту, так і сприйнятливості до самого вірусу. Сприйнятливість до ВІЛ збільшується за допомогою міграції лімфоцитів і макрофагів, які є джерелом ВІЛ, в слизові оболонки статевих шляхів [7-9, 11].

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, з часу виявлення першого випадку ВІЛ-інфекції у 1987 році і до 2010 року включно, в Україні офіційно зареєстровано 182028 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 37167 випадків захворювання на СНІД та 20924 випадки смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Статистика захворюваності на ВІЛ збільшується щорічно [2, 15, 16] (рисунок 1).

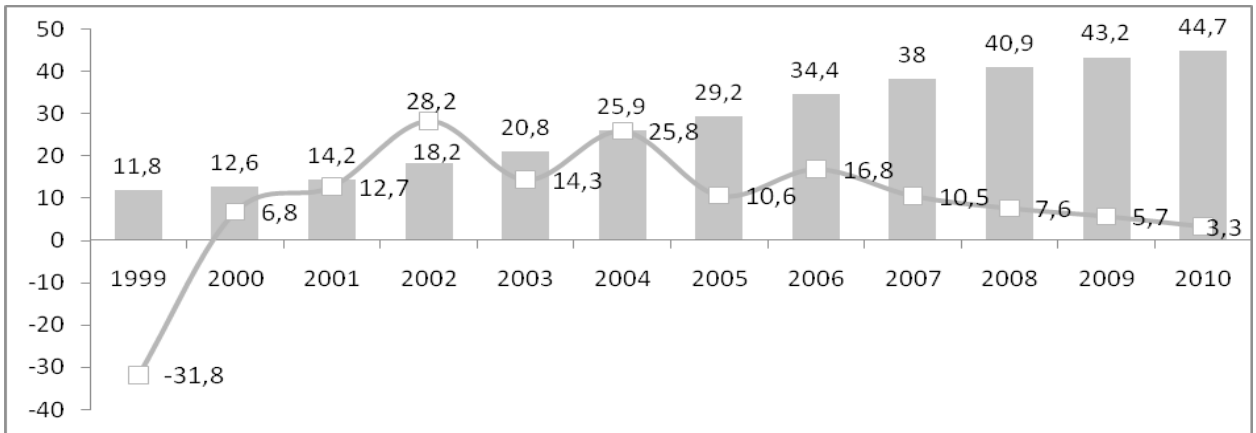


Рисунок 1. Дані захворюваність на ВІЛ та темпи приросту в Україні за період 1999-2010 рр (на 100 тис. населення)

У 2010 році в Україні зареєстровано 20,5 тис. нових випадків ВІЛ-інфікування (44,7 на 100 тис. населення). Хоча темп приросту захворюваності на ВІЛ зменшується, в останні роки збільшилася кількість хворих на СНІД та випадків смерті від захворювань, пов'язаних зі СНІДом [3-6]. Данні наведені в таблиці 1.

Таблиця 1.

Реєстрація випадків ВІЛ та СНІД в Україні за період 1997-2010

	2007	2008	2009	2010	2010 (6 міс.)	2011 (6 міс.)
Нові випадки ВІЛ	17 669	18 963	19 840	20 489	10 552	10 366
на 100.000 населення	38,0	40,9	42,8	44,7		
Діти, народжені від ВІЛ+ матерів	3 430	3 635	3765	4049	2 114	1 831
СНІД, в т.ч.	4 575	4386	4446	5861	2 699	4 400
у дітей	115	74	93	129		
Смерть від СНІД,	2 508	2 714	2594	3096	1 598	1 718
в т.ч. дітей	23	14	13	19		

При порівнянні статистичних даних за 6 місяців в 2010 та 2011 роках зрозуміло, що кількість осіб з встановленим діагнозом СНІД та осіб, які померли від захворювань, пов'язаних зі СНІДом, щороку істотно збільшується.

В останні роки збільшується питома вага статевих шляхів передачі вірусу імунодефіциту, що в свою чергу призводить до підвищення рівня ВІЛ-інфікованих серед вагітних, дітей та статевих партнерів хворих [3-6]. Інфікування

ВІЛ статевим шляхом населення України, виходячи з даних за 6 місяців 2010 р. та 2011 р., значно зростає кожного року (табл.2).

Домінуючим механізмом передачі ВІЛ-інфекції в останні роки, починаючи з 2008, був саме статевий шлях передачі (41,9 % в 2008 році, потім 43,5 % та нарешті в 2010 р. 45%). Це означає, що ВІЛ поступово переходить із хвороби окремих контингентів населення до епідемії [3-6].

Таблиця 2.

## Шляхи інфікування ВІЛ населення України (2005-2010 роки)

	2006	2007	2008	2009	2010	2010 (6 міс.)	2011 (6 міс.)
ВІЛ-інфіковані, всього осіб	16078	17669	18963	19840	20489	10 552	10 366
В тому числі інфіковані: статевим шляхом	5681	6784	7945	8635	9212	4 688	5 137
з них шляхом:							
гомосексуальним	35	48	65	94	90	37	73
гетеросексуальним	5646	6736	7880	8541	9122	4 651	5 064
парентеральним	7134	7088	7015	7113	6943	3 560	3 283
з них внаслідок:							
введення наркотичних речовин	7127	7084	7009	7105	6934	3 557	3 280

Епідеміологічний аналіз захворюваності на ПСШ та факторів ризику здійснюється постійно. Він визначає захворюваність - кількість зареєстрованих хворих у цій чи іншій групі населення за певний період часу. Однак орієнтація на захворюваність (її підвищення) як на відправну точку у здійсненні нагляду безперспективна.

На захворюваність впливають поширеність і частота випадків ПСШ. Поширеність - загальне число хворих, які потребують лікування в даний момент на

певній території. Частота включає в себе два поняття: 1) істинну частоту - дійсна кількість хворих в області, місті, районі та ін.; 2) частоту реєстрації - число виявлених хворих, що стояли на обліку в медичних установах. Різниця між частотою істинною і частотою реєстрації хворих відображає резервуар невиявлених хворих [13].

Епідеміологічні дослідження показують, що поширеність ПСШ в популяції розподілена нерівномірно (рисунок 2.).

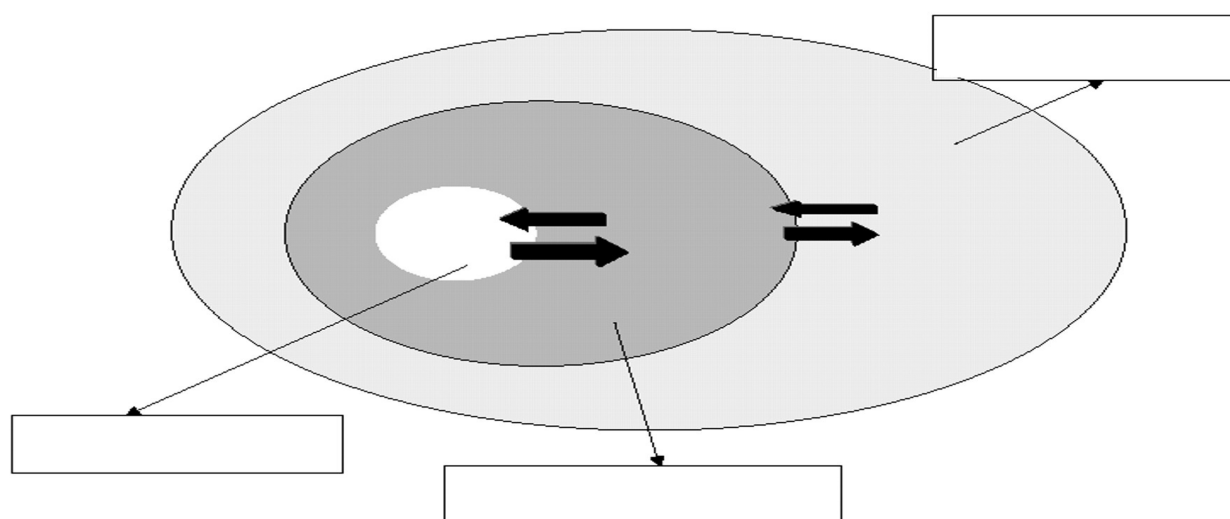


Рисунок 2. Популяційна модель розповсюдження ВІЛ / ПСШ.

Групи підвищеного ризику – уразлива, щодо зараження ІПСШ та ВІЛ, частина населення, яка грає провідну роль в динаміці епідемічного процесу. До уразливих груп відносяться робітники комерційного сексу (РКС), чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками (ЧСЧ); споживачі ін'єкційних наркотиків (СІН); нелегальні мігранти, діти вулиць та інші. Далі йдуть проміжні групи, які в силу тих чи інших причин, можуть мати зв'язок з представниками ядерних груп (наприклад, особи, що користуються послугами РКС або статеві партнери СІН). І, нарешті, основна популяція, де захворювання поширені менше. У кожній групі епідемічний процес протікає зі своїми особливостями, які можуть бути втрачені при аналізі епідемічної ситуації в загальній популяції. Служби охорони здоров'я можуть охопити лише невелику частину тих, що заразилися ІПСШ, якщо не будуть проводити активного

скринінгу, лікування та профілактики в уразливих групах населення [10, 12, 13, 17].

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, у 2010 р. фактична чисельність представників уразливих до зараження ВІЛ груп населення склала близько 250 тис. чол. У 2009 р. сервісними організаціями було охоплено послугами понад 216 тисяч представників груп ризику. Згідно отриманих даних, чисельність кількості пацієнтів ІПСШ в 2010 році зросла порівняно з 2009 роком.

На рис. 3 та 4 наведені дані поширеності ІПСШ, серед представників груп ризику та загального населення в 2010 році. Розповсюдженість інфекцій в групах ризику відрізняється від даних загального населення, серед якого найчастіше зустрічається уrogenітальний трихомоніаз та мікоплазмоз. В 2010 році найбільш поширеними ІПСШ в групах ризику були трихомоніоз та сифіліс [4-6].

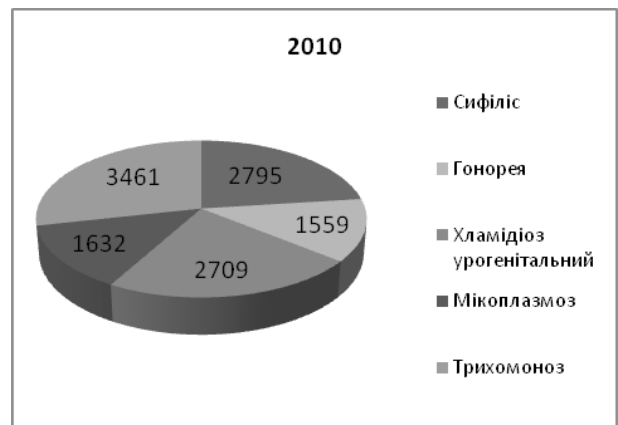
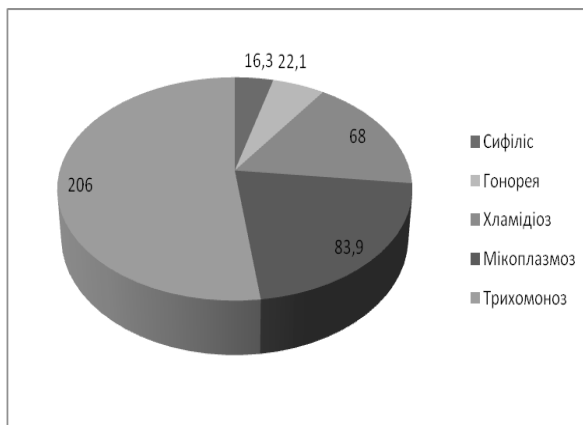


Рисунок 3. Захворюваність інфекціями, що передаються статевим шляхом, населення України в 2010 р. ( на 100 тис. населення) та представників груп ризику (за даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом)

За даними Українського центру профілактики і боротьби зі СНІДом, найбільш поширеною патологією у пацієнтів з груп ризику є кандидоз - 17% випадків, сифіліс, хламідіоз, трихоманоз, дерматологічні захворювання - в 11-14%, гонорея, герпес аногенітальний, мікоплазмоз, бактеріальний вагіноз - у 5,8-6,6%, педикульоз, аногенітальні бородавки, неспецифічні уретрити - до 2% випадків (рис. 4) [3-6].

Виходячи з проаналізованих статистичних даних зрозуміло, що поширеність ІПСШ і ВІЛ в різних групах населення України відрізняється. Якщо серед загального населення ІПСШ виявлені у 0,41% населення (189908 випадків), згідно даних статистики, при кількості населення України 46 млн. То серед груп ризику ІПСШ виявлені у 2,86% представників (5448 випадків), при фактичній чисельності груп 247077 чоловік (дані МБФ "Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні", 2010 р).

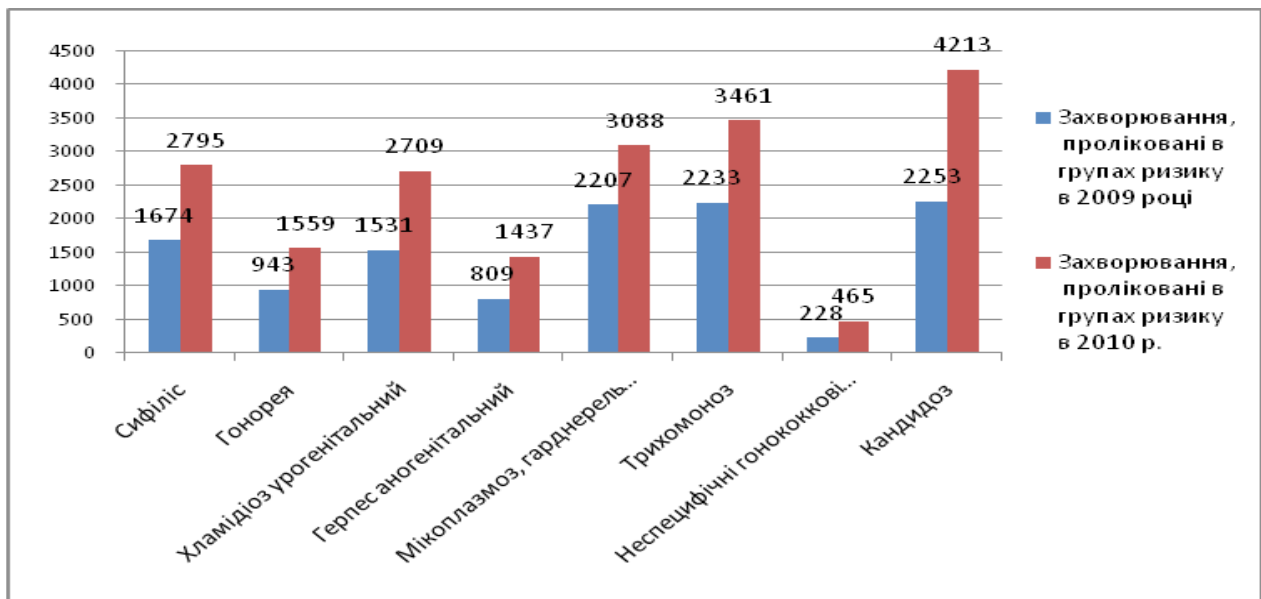


Рисунок 4. Захворювання, що виявлені у представників груп ризику.

Існує ряд причин обмеження доступу уразливих груп до лікування ІПСШ. Це можуть бути біологічні чинники - безсимптомний перебіг інфекції. Часто причини носять двосторонній характер: обмеження з боку державних медичних установ (наприклад, неможливість надання медичних послуг особам без документів, затверджена процедура постановки на диспансерний облік пацієнтів з ІПСШ, нетолерантне ставлення до представників уразливих груп) і обмеження з боку самих уразливих груп (специфіка роботи - графік роботи, який не збігається з роботою медичних установ, недовіра до представників державної медицини, низька прихильність до лікування (порушення режиму прийому препаратів та т.і.), самостигматизація, недоступність повного пакета послуг при першому візиті пацієнта, інше) [10, 12, 17].

Профілактика та лікування ІПСШ дозволяє знизити ризик передачі ВІЛ статевим шляхом, особливо серед осіб, які належать до груп ризику і мають численних статевих партнерів (наприклад працівники секс-індустрії та їх клієнти). Світовий досвід доказує ефективність застосування в такій ситуації швидких методів діагностики й одноразових схем лікування в умовах

амбулаторії, синдромної діагностики, проведеної превентивного лікування та впровадженні сучасних принципів ведення випадку (кейс-менеджмент). Впровадження швидкої діагностики сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, трихоманозу підтримують ВООЗ і Глобальний фонд у програмах, пов'язаних з ВІЛ/СНІДом [1, 19, 21, 29].

**Ведення випадку (кейс-менеджмент)** – це догляд за людиною, яка має симптоми наявності ІПСШ або позитивний тест на одну чи більше ІПСШ. Складові кейс-менеджменту наступні: збір анамнезу, клінічний огляд, встановлення правильного діагнозу, призначення раннього та ефективного лікування, поради стосовно безпечної сексуальної поведінки, пропагування та/або надання презервативів, інформування партнера та лікування, звітування про випадок та клінічне спостереження, згідно існуючих вимог. Таким чином, ефективне ведення випадку складається не тільки з комплексного підходу, що включає призначення лікування, але й уваги до репродуктивного здоров'я пацієнта [21, 24-27].

**Синдромний підхід** до лікування пацієнтів з ІПСШ – одна зі складових кейс-менеджменту. Основним завданням син-



дромного підходу є оздоровлення хворого, переривання епідемічного ланцюжка, уже при первиннім відвідуванні лікаря й виключення можливості інфікування партнерів хворого.

Синдромний підхід базується на визначенні постійного переліку симптомів та легко впізнаваних ознак (синдромів), а також на наданні лікування, яке впливатиме на більшість чи найбільш серйозні організми, які спричиняють ці синдроми.

За даними ВООЗ, синдромне лікування виділень з уретри у чоловіків та генітальних виразок у чоловіків і жінок довело свою як ефективність, так і прийнятність. В результаті цієї інтервенції належне лікування отримала велика кількість інфікованих осіб. Це лікування недороге, просте та дуже економічно обґрунтоване [18, 20, 23, 25, 28].

Синдромне лікування спрямоване на ІПСШ, спричинені основними збудниками: *N. gonorrhoeae*, *C. trachomatis*, *T. vaginalis*, *T. pallidum*, *Herpes simplex*.

Існують певні контингенти осіб, яким показаний синдромний підхід. До них відносяться:

хворі, у відношенні яких є підстава вважати, що вони не будуть виконувати лікувально-діагностичні призначення й утримуватися від статевих зв'язків до закінчення лікування – представники уразливих груп: робітники комерційного сексу, чоловіки, що мають статеві стосунки з чоловіками, споживачі ін'єкційних наркотиків;

особи, що виразили бажання пройти лікування із застосуванням синдромного підходу;

особи без певного місця проживання;

контингенти приймачів-розподільників.

Пацієнти, що одержують лікування із застосуванням синдромного підходу, мають право знати про наявність інших можливих методів діагностики й лікування ІПСШ - за пацієнтом залишається право вибору лікування ІПСШ без обстеження з метою виявлення етіологічного фактора або після нього. Хворі повинні бути інформованими про недоліки синдромного підходу. Знати про мож-

ливі наслідки його застосування та про порядок своєї поведінки після лікування згідно з синдромним підходом.

До переваг синдромного підходу відносять: прискорення надання хворому медичної допомоги; лікування при первинному звертанні до лікаря; економічність підходу за рахунок виключення дорогих лабораторних тестів; зручність для пацієнта; зниження частоти передачі інфекції й ризику розвитку ускладнень через відсутність лікування; скорочення частоти й тривалості відвідувань; можливість стандартизації діагностики, лікування, оповіщення партнерів і звітність за рахунок використання блок-схем по веденню ІПСШ, що дозволить удосконалити систему епіднагляду й виконання програм.

До недоліків синдромного підходу відносять: необґрунтованість лікування в тих випадках, коли пацієнтові, у якого відсутнє захворювання або є одна інфекція, призначається кілька протимікробних препаратів. Можливий ризик виникнення побічних реакцій. А також в результаті застосування синдромного підходу можлива поява в популяції стійких збудників захворювань.

Синдромне лікування призначається за наступними симптомами:

виділення з уретри;

генітальні виразки;

виділення з піхви;

біль унизу живота у жінок;

припухлість калитки.

У разі лікування, застосовуються схеми, розроблені для кожного симптому.

Протипоказаннями для застосування синдромного підходу є субклінічний або безсимптомний перебіг ІПСШ, наявність вагітності, дитячий вік пацієнтів та неповнолітність, відмова пацієнта, множинна лікарська непереносимість в анамнезі, необхідність в екстреній госпіталізації (будь-яка хірургічна, акушерсько-гінекологічна й соматична патологія). Також лікуванню із застосуванням синдромного підходу не підлягають особи декретованих професій.

Лікільськи засоби, що застосовуються для лікування ІПСШ, повинні відповідати наступним критеріям: мають бути високо ефективними (принаймні 95%), низько-вартісними, з прийнятною токсичністю та переносимістю. Оптимальним режимом застосування препаратів є пероральне та разове. Засоби мають використовуватись для лікування вагітних та жінок, які годують груддю. Також препарати не повинні сприяти розвитку резистентності.

Показаннями для проведення обстеження та скринінгу на ІПСШ на основі синдромного підходу є: встановлений діагноз будь-якого ІПСШ; симптоми або фізичні ознаки, що передбачають ймовірну наявність ІПСШ; ризикована в плані інфікування ІПСШ та ВІЛ поведінка - користувачі ін'єкційних наркотиків, робітники комерційного сексу, чоловіки, що мають статеві контакти з чоловіками, тощо.

Конфіденційність дуже важлива для осіб, що консультуються з приводу підозри на наявність ІПСШ. Лікарям слід проводити чітку політику конфіденційності, яку повинен поділяти й підтримувати весь персонал.

Огляд, обстеження та лікування таких осіб слід проводити тільки після докладного пояснювання пацієнту всіх аспектів щодо обстеження, лікування та подальшого спостереження, та отримання на це згоди пацієнта. При цьому необхідно у відповідній формі надати пацієнту інформацію про можливу користь та ризик застосування лікувальних засобів. Огляд пацієнта повинен охопити: огляд аногенітальної області у чоловіків та жінок; обстеження жінок за допомогою дзеркал; бімануальне дослідження малого таза в жінок за наявності симптомів в області верхнього генітального тракту; проктоскопія у чоловіків та жінок за наявності показань за симптомами або сексуальному анамнезі; огляд інших систем організму, якщо це необхідно або показано за симптомами.

Для всіх пацієнтів необхідно проводити лабораторні дослідження на наявність:

*Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, ВІЛ. При показаннях за симптомами, сексуальному анамнезі або даних огляду проводять дослідження на наявність: *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, ВІІГ, вірус гепатиту В.

Лікування слід розпочати під час первинної консультації, якщо:

лікар може поставити діагноз вже під час первинного відвідування;

на основі клінічних проявів та симптомів та/або результатів експрес-тестів та/або лабораторного обстеження;

встановлено діагноз у статевого партнера.

У відношенні представників груп ризику припустимо використовувати одноразову терапію, яку проводять під контролем медичного персоналу, що найбільш оптимально забезпечує виконання приписаного режиму лікування.

Пацієнтам слід рекомендувати правильне використання презервативів при будь-яких видах контактів.

Особливої уваги потребують вагітні жінки та матері, що годують грудьми, а також ті пацієнтки, у яких неможливо виключити наявність вагітності.

Повідомлення партнерів необхідно здійснювати в усіх випадках, коли встановлений діагноз ІПСШ. Авторами повідомлення можуть бути самі пацієнти. В усіх випадках статеві партнери пацієнта мають пройти тести на наявність ІПСШ та швидко отримати лікування на тих же умовах, що й пацієнт. Рішення лікаря про те, з котрим із партнерів пацієнта необхідно контактувати, залежить від наявності інформації про можливий інкубаційний період захворювання та сексуальний анамнез. Можливе призначення превентивного лікування представникам груп ризику на підставі анамнестичних даних.

Таким чином, одержані епідемічні дані про поширення епідемії ВІЛ/СНІДу в Україні в сучасних умовах диктують нові підходи до ведення пацієнтів з ІПСШ. Епідобстановка, яка склалася, обумовлює необхідність інтенсифікації заходів з діагностики та ліку-

вання ПСШ в уразливих щодо ВІЛ-інфекції групах населення з метою запобігання подальшого поширення ВІЛ в Україні.

Для уразливих до ВІЛ-інфекції груп населення рекомендується:

проведення діагностики ПСШ за допомогою швидких тестів;

у разі неможливості проведення такої діагностики, слід призначати лікування на під-

ставі клінічної симптоматики захворювання та анамнестичних даних;

призначення одноразових схем лікування; лікування ПСШ;

призначення превентивного лікування на підставі анамнестичних даних.

Вплив на поширення ПСШ призведе до стримування епідемії ВІЛ / СНІД.

## ЛІТЕРАТУРА

1. ВОЗ. Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем, и борьбы с ними, 2006-2015 гг. // Всемирная организация здравоохранения - 2007 г. – 70 с.
2. Волкославская В.Н. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине / В.Н. Волкославская, А.Л. Гутнев // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. 2011. - № 1. – С. 1-3.
3. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – 2009. -№ 35. – 58 с.
4. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – 2010. -№ 33. – 56 с.
5. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – 2011. -№ 35. – 62 с.
6. Інформаційний бюлетень «ВІЛ-інфекція в Україні». – 2011. -№ 36. – 27 с.
7. Калюжна Л.Д. Асоціації інфекцій, що передаються статевим шляхом, у ВІЛ-інфікованих/ Л.Д. Калюжна, Л.В. Гречанська // Укр. журн. дерматології, венерології, косметології. – 2004. - №1. – С. 78-80.
8. Мавров И. И. Основы диагностики и лечения в дерматологии и венерологии / И. И. Мавров., Л. А. Болотная, И. М. Сербина.— Харьков: Факт, 2008.- 792 с.
9. Мавров Г.И. Инфекции, передающиеся половым путем, и проблема сексуального и репродуктивного здоровья / Г.И. Мавров, А.Е. Нагорный, Г.П. Чинов // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2010. - № 1. – С. 5-14.
10. Мавров Г.І. Особливості діагностики та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом в осіб із груп ризику / Г.І. Мавров, Г.М. Бондаренко, Ю.В. Щербакова // Клінічна імунологія. Алергологія. Інфектологія. - 2011. - № 1. – С. 44-54.
11. Мавров Г.І. Інфекції, що передаються статевим шляхом, в Україні (2003–2007): епідеміологія, організація контролю, тенденції та проблеми. Інформаційний бюлетень / Г.І. Мавров.–Київ, 2009.–40 с.
12. Мавров И.И. Обоснования необходимости внедрения методов медицинского консультирования по вопросам ВИЧ/СПИДа в практику кожно-венерологических диспансеров / И.И. Мавров, О.А. Проценко // Дерматологія та венерологія. – 2006. - №3 (33). – С. 91 – 95.
13. Методичні рекомендації з проведення досліджень для моніторингу відповіді країни на епідемію ВІЛ-інфекції / Балакірева О.М., Варбан М.Ю., Довбах Г.В. та ін., МБФ „Міжнар. Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні”, - К. - 2008, 96 с.
14. МОЗ України, «Національний звіт з виконання рішень Декларації про відданість справі боротьби з ВІЛ/СНІДом», Київ - 2010, с. 143.



15. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні // Відповідальний за випуск Голубчиков М.В.- Центр медичної статистики МОЗ України. – К.;, 2009. – 112с.
16. Показники лікувально-профілактичної допомоги хворим шкірними і венеричними захворюваннями в Україні / Відповідальний за випуск Голубчиков М.В.//Центр медичної статистики МОЗ України. – К.;, 2010. – 110с.
17. Проценко О.А. Особенности консультирования по вопросам ИППП/ВИЧ/СПИДа клиентов различных категорий / О.А. Проценко // Дерматология та венерология. – 2006. - № 2 (32). – С. 65 – 71.
18. Alary M. Evaluation of a rapid point-of-care test for the detection of gonococcal infection among female sex workers in Benin / M. Alary, C. Gbenafa-Agossa, G. Aina, M. Ndour, A.C. Labbé, D. Fortin, M. Steele, R.W. Peeling // Sexually Transmitted Infections – 2006 - Vol. 82(5). - P. 29-32.
19. Barnabas RV. Riddle of the Sphinx revisited: the role of STDs in HIV prevention / R.V. Barnabas, J.N. Wasserheit // Sex Transm Dis. – 2009. - №36 (6). – P. 365-7.
20. Benzaken A.S. Field evaluation of the performance and testing costs of a rapid point-of-care test for syphilis in a red-light district of Manaus, Brazil / A.S. Benzaken, M. Sabidó, E.G. Galban, V. Pedroza, F. Vasquez, A. Araújo, R.W. Peeling, P. Mayaud // Sexually Transmitted Infections – 2008 - Vol. 84. - P. 297-302.
21. . Crepaz N, Lyles CM, Wolitski RJ et al. Do prevention interventions reduce HIV risk behaviours among people living with HIV? A meta-analytic review of controlled trials. // AIDS. – 2006. - № 20. – P. 143–57.
22. Hamers F.F. HIV in central and eastern Europe. / F.F. Hamers, A.M. Downs // Lancet. – 2003. - № 361. – P. 1035–44.
23. Marks G, Crepaz N, Senterfitt JW, Janssen RS. Meta-analysis of high-risk sexual behavior in persons aware and unaware they are infected with HIV in the United States: implications for HIV prevention programs. // J Acquir Immune Defic Syndr. – 2005. - № 39. – P. 446–53.
24. Merson MH, Dayton JM, O'Reilly K. Effectiveness of HIV prevention interventions in developing countries. / M.H. Merson, J.M. Dayton, K. O'Reilly. // AIDS. – 2000. - № 14 (Suppl. 2). - P. 68–84.
25. Myers T, Worthington C, Haubrich DJ et al. HIV testing and counseling: test providers' experiences of best practices. // AIDS Educ Prev. – 2003. - № 15. – P. 309–19.
26. Padian NS, McCoy SI, Balkus JE, Wasserheit JN. Weighing the gold in the gold standard: challenges in HIV prevention research. // AIDS. – 2010. - № 24 (5). – P. 621-35.
27. Solomon J. Adapting Efficacious Interventions: Advancing Translational Research in HIV Prevention. / J. Solomon, J.J. Card, R.M. Malow // Eval Health Prof. – 2006. - № 29. – P. 162–94.
28. Vandepitte J. Estimates of the number of female sex workers in different regions of the world / J. Vandepitte, R. Lyerla, G. Dallabetta, F. Crabbé, M. Alary and A. Buvé // Sex. Transm. Infect.- 2006 -Vol. 82.(suppl 3). –P.25.
29. UNAIDS and WHO. UNAIDS/WHO Policy Statement on HIV Testing. - 2004.

---

**ОСОБЕННОСТИ  
ОКАЗАНИЯ ДЕРМАТО-  
ВЕНЕРОЛОГИЧЕСКОЙ  
ПОМОЩИ ПРЕДСТАВИ-  
ТЕЛЯМ ГРУПП РИСКА,  
УЯЗВИМЫМ К ЗАРА-  
ЖЕНИЮ ВИЧ**

**Г.И. Маэров, Ю.В. Щербакова**

**Резюме.** По темпам распространения ВИЧ Украина вышла на первое место в Европе. Инфекции, сопровождающиеся нарушением целостности слизистых оболочек, (сифилис, герпес, трихомоноз), увеличивают риск заражения ВИЧ в несколько раз. Половой путь передачи ВИЧ в последние годы - ведущий. Наибольшая распространенность ИППП и ВИЧ наблюдается в группах риска уязвимых, относительно заражения ВИЧ. Благодаря применению кейс-менеджмента для ведения пациентов из групп риска будет предупреждаться передача ИППП и опасное поведение, и тем самым распространение ВИЧ.

---

**Ключевые слова:** инфекции, передающиеся половым путем, ВИЧ, заболеваемость, инфицирование, группы риска, профилактика, лечение.

**FEATURES OF  
THE DERMATO-  
VENEROLOGICAL HELP  
RENDERING TO THE  
REPRESENTATIVES  
OF THE MOST-AT-RISK  
POPULATION GROUPS**

**G.I. Mavrov, I.V. Shcherbakova**

**Summary.** According to the rates of HIV's spreading and SII prevalence the Ukraine came in one of the first place in Europe. Infections, which are accompanied by violation of the integrity of the mucous membranes (syphilis, herpes, and trichomoniasis) increase the risk of HIV infection in several times. The leading way of HIV transmission in recent years is sexual. The highest prevalence of STIs and HIV are observed in high-risk groups vulnerable, relative to HIV infection. Due to adopting case management approach in vulnerable population will be preventing STI transmission and risky behaviour and thus further HIV spreading.

---

**Keywords:** sexually transmitted infections, HIV, morbidity, infectioning, risk groups, prevention, prophylaxy, treatment.