

**Перспективы внедрения  
принципов 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 г.

2002 г.



# ВОЗ

ЕВРОПЕЙСКОЕ РЕГИОНАЛЬНОЕ БЮРО

---

EUR/02/5031803  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ  
НЕ ОТРЕДАКТИРОВАН

*ПЕРСПЕКТИВЫ ВНЕДРЕНИЯ  
ПРИНЦИПОВ  
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 г.

SCHERFIGSVEJ 8  
DK-2100 COPENHAGEN Ø  
DENMARK  
TEL.: +45 39 17 17 17  
TELEFAX: +45 39 17 18 18  
TELEX: 12000  
E-MAIL: [POSTMASTER@WHO.DK](mailto:POSTMASTER@WHO.DK)  
WEB SITE: [HTTP://WWW.EURO.WHO.INT](http://WWW.EURO.WHO.INT)

2002 г.

## РЕЗЮМЕ

На совещании были рассмотрены нынешние тенденции в области инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), и возможные причины снижения их распространения, роль поведения, относящегося к категории высокого риска, а также ход работы и достижения, препятствия и перспективы лечения и профилактики ИППП в новых независимых государствах (ННГ), сложившихся на территории бывшего СССР. Участники совещания обсудили недавние и продолжающиеся изменения в области ведения больных, проблемы внедрения синдромного лечения, профэпиднадзора и интеграции служб и услуг. В частности, службы борьбы с ИППП и с ВИЧ/СПИДом должны работать в тесном взаимодействии, тогда как почти повсеместно в ННГ эти службы разделены, и ни одна из них, по-видимому, не проявляет желания осуществлять сотрудничество. Участники обсудили успешные примеры такого сотрудничества и пути и способы обмена положительным опытом. Была подчеркнута необходимость содействовать применению презервативов для предупреждения как ИППП/ВИЧ/СПИДа, так и непланируемых беременностей. После анализа достижений стран в деле борьбы с эпидемией ИППП и определения остающихся проблем участники совещания составили рекомендации о будущей деятельности и ее реализации.

---

### © Всемирная организация здравоохранения – 2002 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Что касается использования эмблемы ВОЗ, то разрешение на это должно быть получено от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать следующие слова: *Переводчик настоящего документа несет ответственность за точность перевода*. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные авторами в данном документе, несут сами авторы.



## СОДЕРЖАНИЕ

	<i>Стр.</i>
1. Введение .....	1
2. Перемены в профилактике и борьбе с ИППП в ННГ .....	1
Законодательная основа .....	1
Ведение больных ИППП .....	3
Интеграция служб .....	4
Двойная защита .....	5
Синдромный подход в ведении больных ИППП .....	6
Службы здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ИППП .....	8
Эпидемиологический надзор за ИППП и ВИЧ .....	9
Интегрированный подход .....	10
3. Эпидемиологическая ситуация по ИППП в ННГ .....	11
Динамика заболеваемости ИППП и возможные причины ее снижения в последние годы .....	11
Врожденный сифилис .....	12
Инъекционная наркомания и коммерческий секс .....	14
Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами .....	14
Другие группы рискового поведения .....	14
Оповещение половых партнеров .....	15
4. Заключение .....	16
Прогресс в борьбе с эпидемией ИППП в странах .....	16
Нерешенные проблемы .....	16
Задачи на будущее .....	17
5. Рекомендации .....	17
Приложение 1. Список участников .....	19



## 1. Введение

В течение 90-х годов в новых независимых государствах Восточной Европы и Центральной Азии имело место беспрецедентное повышение распространенности сифилиса и других заболеваний, передаваемых половым путем. Для того чтобы как можно быстрее остановить эту эпидемию, Европейское региональное бюро ВОЗ в сотрудничестве с рядом международных организаций провело несколько международных совещаний (Копенгаген, 1996 г., Рига, 1997 г., Санкт-Петербург, 1999 г.), а также учредило целевую группу по неотложному реагированию на эпидемию ИППП, которая провела свои совещания в Вильнюсе (1998 г.) и в Копенгагене (1998 г., 1999 г. и 2000 г.). Разработанные на данных совещаниях рекомендации были с успехом использованы в работе по профилактике ИППП и ВИЧ/СПИДа в ряде стран. С целью укрепить положительные тенденции в заболеваемости ИППП и ВИЧ/СПИДом, наблюдаемые в ННГ, было проведено совещание в Берлине 11–13 октября 2001 г. От каждой страны участвовало по одному специалисту, отвечающему за работу по профилактике и борьбе с ИППП и ВИЧ/СПИДом, а также представители служб репродуктивного здоровья. До начала совещания все участники заполнили вопросник, что позволило обсудить соответствующие национальные данные и проанализировать их во время заседаний. Список участников совещания приводится в Приложении 1.

Основные цели совещания включали следующее:

- рассмотреть сложившуюся в Регионе эпидемиологическую ситуацию по ИППП/ВИЧ/СПИДу, а также проанализировать успехи, препятствия и перспективы в области предупреждения и борьбы с этими инфекциями;
- изучить возможности улучшения координации и интеграции дермато-венерологов и специалистов других служб, в первую очередь служб репродуктивного здоровья, в вопросах профилактики и борьбы с ИППП/ВИЧ/СПИДом;
- еще раз проанализировать, достаточно ли внимание уделяется вопросам предупреждения болезней в рамках служб планирования семьи;
- рассмотреть возможности и пути внедрения синдромного подхода к ведению случаев ИППП, а также связанные с этим проблемы;
- обсудить различные пути пропагандирования принципа “двойной защиты”, обеспечиваемой презервативами, позволяющими предупредить как ИППП/ВИЧ-инфекцию/СПИД, так и незапланированную беременность;
- проанализировать возможности и условия, в которых презервативы могут и должны пропагандироваться в качестве основного метода планирования семьи, а также рассмотреть соответствующие критерии;
- обменяться опытом национальных программ по вопросам профилактики, диагностики и лечения ИППП на основе интегрированного подхода;
- разработать рекомендации по дальнейшему совершенствованию плана действий по профилактике и борьбе с ИППП/ВИЧ/СПИДом в Регионе.

## 2. Перемены в профилактике и борьбе с ИППП в ННГ

**Законодательная основа** Значительный рост заболеваемости ИППП послужил мощным толчком к проведению существенных перемен в странах рассматриваемого

Региона, которые затронули годами сложившиеся, казавшиеся незыблемыми методы борьбы с ИППП. Как известно, ломка привычных устоев всегда связана с определенным противодействием, что диктует необходимость принятия взвешенного, всестороннего подхода и обеспечения жизнеспособности перемен. В сущности, странами начат процесс модернизации, преодоления стереотипов и создания новых подходов и методов и, что самое главное, в этом процессе видоизменялись и совершенствовались основополагающие принципы оказания дермато-венерологической помощи в соответствии с рекомендациями ВОЗ и решениями предыдущих совещаний.

Внедрение новых законодательных положений, касающихся принципов ведения больных ИППП (предпочтение амбулаторных методов лечения, отказ от обязательной принудительной госпитализации, сокращение сроков лечения и др.) повлекли за собой закрытие привычных, традиционных дермато-венерологических учреждений, создание новых форм оказания помощи и вслед за этим формирование новых структур – учреждений анонимного обследования и лечения больных, специальных отделений/учреждений для оказания помощи группам повышенного риска в отношении ИППП (Таблица 1).

*Таблица 1. Изменения в структуре дермато-венерологических служб*

<b>Сокращение числа коек</b>	<b>Внедрение анонимного обследования и лечения</b>	<b>Открытие учреждений для групп риска</b>
Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Литва, Молдова, Таджикистан	Армения, Грузия, Кыргызстан	Армения, Грузия

Изменения, происшедшие в странах в отношении ведения больных ИППП, отразились в разработанных национальных рекомендациях по ведению больных, в основу которых легли рекомендации ВОЗ.

Таблица 2. Ведение больных ИППП

Практика принудительного лечения больных сифилисом и гонореей все еще сохранена	Практика обязательной госпитализации для лечения больных сифилисом и гонореей отменена	Консультирование стало частью мед. помощи по ИППП	Синдромный подход одобрен и внедрен на национальном уровне	Национальные рекомендации по ведению больных ИППП основаны на рекомендациях ВОЗ
Азербайджан, Узбекистан	Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Грузия, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Эстония

После распада СССР во многих странах медицинское обслуживание в отношении ИППП стало платным. В связи с создавшейся эпидемиологической ситуацией и принимая во внимание тот факт, что основным резервуаром инфекций, а также самыми уязвимыми в отношении заражения ИППП как раз являются самые неимущие слои населения, в большинстве стран было принято решение оказывать помощь в отношении ИППП полностью или частично бесплатно за счет бюджетного финансирования, федеральных, муниципальных, страховых программ и др. Так, например, в Латвии, в то время как амбулаторная и госпитальная помощь ВИЧ-инфицированным, больным сифилисом и СПИД, а также помощь детям больным ИППП является бесплатной, амбулаторная помощь больным другими ИППП оказывается на платной основе: больные, в частности, должны платить за визит к врачу, (а в некоторых районах и за лабораторное обследование на хламидиоз), а также покрывать расходы на медикаменты.

### Ведение больных ИППП

Вопрос оказания анонимной/конфиденциальной помощи позитивно решен в большинстве стран, что также является большим достижением, так как подразумевает коренное изменение традиционных подходов.

Таблица 3. Предоставление медицинской помощи

Бесплатное	Анонимное	Конфиденциальное
Азербайджан, Армения, Грузия, Беларусь, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Латвия, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Грузия, Беларусь, Кыргызстан, Молдова, Таджикистан, Узбекистан,	Казахстан, Латвия, Литва, Эстония



С целью успешного противодействия эпидемии многими странами принято решение о широкой интеграции ведения больных ИППП со смежными службами (прежде всего акушерско-гинекологической и урологической), а также о вовлечении развивающейся службы первичной медико-санитарной помощи в ведение больных ИППП. По сути дела, это явилось предпосылкой видоизменения прежней службы дермато-венерологической помощи со строго вертикальной организацией в службу с активно работающими горизонтальными связями, что явилось насущной необходимостью. В большинстве стран эта перестройка начинает закрепляться уже законодательно. Это довольно болезненный процесс, связанный с определенным противодействием со стороны дермато-венерологов, которые полагают, что делегирование обязанностей дермато-венерологической службы в другие службы означает потерю ею привычной функции, грозящую в недалеком будущем безработицей для большинства дермато-венерологов. Тем не менее, реальность диктует необходимость широкой интеграции. В Молдове, к примеру, службой планирования семьи предложено добровольное обследование на ИППП и ВИЧ-инфекцию для лиц, вступающих в брак. В Армении увеличился процент выявления сифилиса в женских консультациях и роддомах (3,6% в 1996 г., 12,5% в 2000 г.). В Грузии в рамках государственной программы профилактики ИППП предусмотрено бесплатное обследование в акушерско-гинекологических учреждениях и в службе репродуктивного здоровья больных с воспалительной патологией мочеполовых органов на бактериальные ИППП.

### Интеграция служб

Как показано в таблице 4, в большинстве стран этот процесс начат, причем в некоторых разрешено лечение также и больных сифилисом, что в большинстве стран остается нерешенной и трудно решаемой проблемой.

*Таблица 4. Интеграция различных медицинских служб в оказании помощи по ИППП*

Медицинские службы	Имеется интеграция служб, предназначенных для больных ИППП	Внедрен синдромный подход	Разрешено лечение больных ИППП (включая больных сифилисом) вне дермато-венерологической службы
Первичная медико-санитарная помощь	Азербайджан, Грузия, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Кыргызстан, Таджикистан	Азербайджан, Таджикистан, Эстония
Служба репродуктивного здоровья	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Кыргызстан, Таджикистан	Азербайджан, Таджикистан, Эстония
Акушерско-гинекологическая служба	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Кыргызстан, Таджикистан	Азербайджан, Таджикистан, Эстония
Служба ВИЧ/СПИД	Кыргызстан, Литва, Эстония		Литва
Другие службы	Армения, Молдова, Эстония	Армения	Молдова, Эстония

Некоторые страны отметили успешную интеграцию также и с другими службами, как, например урологической, сексопатологии (Армения, Эстония). В Молдавии имеется тесное сотрудничество с ведомственными медицинскими службами, как, например, МВД, Управление железных дорог, гражданской авиации, а также пенитенциарной системы.

Наряду с этим дермато-венерологическая служба начинает сама оказывать помощь в отношении репродуктивного здоровья, а также ВИЧ/СПИДа. По сути дела, дермато-венерологи всегда были вовлечены в решение проблем, связанных с бесплодием, и успешно их решали. Однако необходимо вовлечение службы также и в решение вопросов, связанных с планированием семьи, где приоритетами должны стать не только снижение заболеваемости ИППП, но также и сокращение числа нежелательных беременностей.

Высокий уровень искусственных аборт сохраняется практически во всех странах наряду с ростом частоты ВЗОМТ, особенно хламидийной и гонорейной этиологии. Интерес участников вызвало обсуждение опыта службы планирования Латвии, где работа центров планирования семьи строится на представлении пациентам всей необходимой информации, обеспечении доступности контрацептивных средств (в первую очередь презервативов) и проведении лечения там, где это необходимо.

Данные принципы широко пропагандируются среди врачей смежных специальностей, прежде всего гинекологов, подростковых врачей, врачей общей практики (в том числе семейных). Основные проблемы, с которыми сталкиваются работники центров планирования семьи, заключаются в отсутствии в республике национальной концепции (стандартов) ведения больных ИППП, дороговизне лечения, а также в нарушении принципа парного лечения больных ИППП. Еще одной проблемой является отсутствие центров планирования семьи в сельской местности.

## **Двойная защита**

Участники совещания уделили большое внимание обсуждению вопросов двойной защиты, обеспечиваемой применением презервативов, с одной стороны они позволяют предупредить ИППП, а с другой, служат эффективным средством предотвращения нежелательной беременности. Была подчеркнута необходимость использования потенциальных возможностей дермато-венерологической службы не только в предупреждении распространения и эффективности оказания помощи по ИППП, но также и вовлечении этой службы в оказание помощи по планированию семьи. Была также отмечена необходимость изыскать эффективные подходы пропагандирования метода двойной защиты как в дермато-венерологической, так и акушерско-гинекологической службах. Вместе с тем было указано, что следует начать диалог и обсудить необходимость внедрения навыков контрацепции в дермато-венерологическую службу, что позволит специалистам дермато-венерологам оказывать квалифицированную помощь, уделяя особое внимание пациентам-мужчинам, которые, как правило, не охватываются акушерско-гинекологическими службами. В конечном счете, это будет способствовать успешному решению проблем, связанных с улучшением репродуктивного здоровья в странах Региона. По сути дела, совещание явилось началом диалога по этому очень злободневному вопросу, и участниками была отмечена необходимость продолжения диалога.

В таблице 5 приведены данные, свидетельствующие о состоянии доступности презервативов. Участниками было подчеркнута необходимость способствовать

повсеместной и широкой доступности презервативов. Благодаря проведенным совместно с ВОЗ проектам в Армении наблюдается рост регулярного использования презервативов работниками коммерческого секса.

Таблица 5. Обеспечение населения презервативами

Является частью медицинской помощи и осуществляется бесплатно	Презервативы доступны вне служб здравоохранения					
	Бесплатно		По сниженной цене		По коммерческой цене	
	НПО	школы, ВУЗы	магазины, киоски	аптеки	магазины, киоски	аптеки
Азербайджан, Армения, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан	Армения	Казахстан	Азербайджан	Азербайджан, Узбекистан	Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония

### Синдромный подход в ведении больных ИППП

В некоторых странах все еще открытым остается вопрос о внедрении в практику синдромного ведения больных ИППП. Во всех странах как в сознании специалистов по ИППП, так и в национальном законодательстве все еще очень сильными остаются традиции, сводящиеся к необходимости постановки этиологического диагноза ИППП до начала лечения, а также к использованию лабораторной диагностики для оценки эффективности лечения. Ввиду вышеуказанного, необходимость продолжения диалога в этом направлении самоочевидна. Во многих странах имеются территории, а также группы населения, где благодаря внедрению системного подхода больные ИППП могли бы получать соответствующую медицинскую помощь уже при первом обращении к врачу. Некоторые страны начали внедрять этот подход для некоторых маргинализованных групп населения или на территориях, где не имеется эффективной лабораторной службы для постановки диагноза ИППП. Так, например, на Украине предпринимаются активные усилия по внедрению этого подхода, особенно в службах охраны репродуктивного здоровья. Было отмечено, что демографическая ситуация на Украине в настоящее время характеризуется превалированием смертности над рождаемостью, вследствие чего предпринимаются усилия, направленные на изменение этой ситуации. В частности, для этой цели указом президента страны была принята национальная программа “Репродуктивное здоровье”, одной из основных задач которой является снижение распространенности ИППП и ВИЧ/СПИДа.

Основная цель запланированных мероприятий – это сохранение репродуктивного здоровья населения за счет улучшения доступа к медицинской помощи и повышения ее качества. В этой связи следует отметить, что синдромный подход к ведению случаев ИППП может сыграть в этом отношении важнейшую роль. В рамках этой программы предусматривается широкое привлечение к работе по профилактике ИППП семейных врачей, которые наиболее приближены к обслуживаемому населению и могут обеспечить эффективное проведение запланированных мероприятий. Внедрение синдромного

подхода особенно рекомендуется в тех случаях, когда специализированная медицинская помощь недоступна или когда имеются сомнения в том, что пациент придет еще раз для прохождения лечения после того, как будут получены результаты лабораторных исследований. Программа также предусматривает ряд других направлений деятельности, включающих следующие:

- повышение информированности населения, особенно молодежи, в вопросах ИППП и ВИЧ/СПИДа;
- пропаганда здорового образа жизни;
- популяризация применения презервативов, особо учитывая при этом тот факт, что в настоящее время на Украине использование презервативов стоит на третьем месте после традиционных методов контрацепции (прерывание полового акта, периодическое воздержание и т.д.) и использования внутриматочных средств;
- создание благоприятных условий для прохождения обследования на ИППП и ВИЧ/СПИД во время первого посещения пациента ЛПУ, даже если пациент обращается к службам охраны репродуктивного здоровья;
- начало лечения при первом же посещении пациента;
- пропаганда амбулаторного вместо стационарного лечения сифилиса и гонореи.

В случае успешной реализации данной национальной программы украинские коллеги ожидают улучшения как эпидемиологической ситуации, а именно – снижение заболеваемости ИППП и темпов распространения ВИЧ-инфекции, так и нынешней неблагоприятной демографической ситуации, в частности, снижение смертности детей до 1 года, перинатальной и материнской смертности, количества аборт и числа нежелательных беременностей. Показателен также и опыт Рязанской области (Россия), где внедрение синдромного подхода позволило снизить заболеваемость (на 17,1%), снять эпидемическую напряженность в районах области, а также повысить самообращаемость населения к врачам по вопросам профилактики и лечения ИППП.

Опыт Украины, Рязани, а также других стран и регионов, где уже успешно внедрен синдромный подход, дает прекрасную возможность использовать наработанный опыт для обобщения и его распространения в других странах Региона. Этому будет способствовать доступность соответствующих руководств ВОЗ на русском и национальных языках, а также оказание более активной поддержки странам в виде проведения учебных семинаров и пилотных проектов.

Болезненным, и вместе с тем очень злободневным, остается вопрос взаимоотношений и сотрудничества дермато-венерологической службы и службы ВИЧ/СПИДа.

*Таблица 6. Интеграция дермато-венерологической службы с другими медицинскими службами*

<b>Дермато-венерологическая служба вовлечена в оказание медицинской помощи</b>	<b>Страны</b>
По репродуктивному здоровью	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония
По ВИЧ/СПИДу	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония

### **Службы здравоохранения по борьбе с ВИЧ-инфекцией и ИППП**

Участниками было указано, что во всех ННГ эпидемиологическая обстановка в отношении ВИЧ-инфекции очень сложная и взрывоопасная. Социально-экономические изменения, способствующие распространению эпидемии ВИЧ-инфекции, являются очень схожими во всех этих странах и включают как изменения сексуального поведения населения (рост проституции, увеличение числа случайных связей и множественные половые контакты, более раннее начало половой жизни), так и рост наркомании. На первых этапах эпидемии наркомании наркотики представляли собой довольно дешевые препараты кустарного производства, что способствовало распространению этой эпидемии. В свою очередь, это ведет к маргинализации молодежи и ослаблению и разрушению института семьи, что становится серьезнейшей проблемой современности. Более того, молодые женщины также начинают употреблять наркотики, что ведет к увеличению числа женщин-наркоманок и появлению брошенных ВИЧ-инфицированных детей. В последние годы практически во всех новых независимых государствах основным путем распространения ВИЧ-инфекции стало внутривенное применение наркотиков. В Российской Федерации, на Украине, в Белоруссии, Казахстане и Республике Молдова 60-80% всех известных случаев ВИЧ-инфицирования были обусловлены применением наркотиков в виде инъекций. В Российской Федерации из 524 000 обследованных на ВИЧ-инфекцию наркоманов 23,7 тысяч оказались ВИЧ-положительными/позитивными, при этом большинство ВИЧ-инфицированных – это лица в возрасте от 15 до 30 лет. Очень серьезной проблемой является наблюдаемый в некоторых странах стремительный рост числа инфицированных. Серьезность этой проблемы можно продемонстрировать на примере Эстонии, в которой до 2000 г. ежегодно регистрировалось не более 10–13 случаев ВИЧ-инфекции, в то время как за 9 месяцев 2000 г. было зарегистрировано 105 таких случаев, а за 9 месяцев 2001 г. – 1162 случая. Критическая ситуация складывается и в Латвии, где с 1997 г. наблюдается взрывоподобный рост вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции (в 1997 г. – 25, в 1998 г. – 163, в 1999 г. – 241, в 2000 г. – 466).

*Таблица 7. Количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции в некоторых ННГ, 1996–2000 гг.*

Страна	Год				
	1996	1997	1998	1999	2000
Российская Федерация	1546	4397	3947	14950	51952
Эстония	8	9	10	12	390
Латвия	17	25	162	242	466
Казахстан	48	437	299	185	227
Молдова	48	404	408	155	175
Беларусь	1021	653	554	410	527

В Украине стабильный рост числа ВИЧ-инфицированных отмечается с 1996 г, а в 2000 г. заболеваемость ВИЧ-инфекцией составила 73,6 на 100 000 населения. Растет и число ВИЧ-инфицированных беременных, составившее 997 в 2000 г. Основной контингент ВИЧ-инфицированных – лица, употребляющие наркотики внутривенно. Практически все участники совещания отмечали, что в своем большинстве лица, принимающие наркотики внутривенно, это молодые люди с высшим и средним образованием, чей средний возраст составляет 22±6,5 лет и подавляющее большинство из них (в среднем около 60%) начинают употребление наркотических веществ в школе. Родители, как правило, узнают об этом, в среднем, спустя 2,7 года, что, как правило, бывает уже слишком поздно.

Имеющиеся в странах данные, как, например: менее 50% уличных РКС в России пользуются презервативами, три-четыре случайных сексуальных партнера за последние 30 дней при отсутствии применения презервативов (Литва), высокий уровень РКС – наркоманок, отражают довольно высокие потенциальные предпосылки роста полового пути распространения ВИЧ/СПИД в Регионе.

### **Эпидемиологический надзор за ИППП и ВИЧ**

Ряд участников совещания назвали следующие причины неудовлетворительной эпидемиологической ситуации в ННГ: отсутствие достоверных данных о тенденциях распространения ИППП и ВИЧ, особенно среди групп риска; недостаточная доступность и/или приемлемость медицинского обслуживания, особенно для групп риска и социально и экономически уязвимых групп; недостаточность или даже отсутствие мероприятий по профилактике и консультированию; слабость или отсутствие инициатив по пропаганде презервативов и обеспечению их доступности и т.д. Отсутствие надлежащих лечебно-профилактических мер может привести к стремительному развитию эпидемии ВИЧ-инфекции/СПИДа в Регионе со всеми вытекающими из этого грозными последствиями.

Широкое участие в профилактике и борьбе против ВИЧ/СПИДа дермато-венерологической службы является очень важным и необходимым. К сожалению, почти повсеместно сохраняется строгая вертикальная организация служб дермато-венерологии и ВИЧ/СПИДа с отсутствием готовности и желания к тесному сотрудничеству. Вместе с тем дермато-венерологические учреждения в силу своей специфики органически являются важными участками дозорного эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом, и следует повсеместно укреплять их и повышать качество их работы. Совершенно необходимо инициировать и широко внедрять элементы поведенческого эпиднадзора, принимать активное участие в продвижении системы второго поколения эпиднадзора за ВИЧ/СПИДом. Дермато-

венерологическая служба должна быть широко вовлечена в процессы национального стратегического планирования программ профилактики ВИЧ/СПИДа. Нет никакого сомнения в том, что только широкомасштабная борьба против ВИЧ/СПИДа может принести плоды и быть успешной. Участники подчеркнули неотложность широкого диалога с представителями служб ВИЧ/СПИД и активную роль ВОЗ в объединении усилий различных медицинских служб в борьбе с эпидемией ВИЧ/СПИД/ИППП.

### **Интегрированный подход**

Как пример успешного решения проблемы на региональном уровне был представлен опыт Рязанской области, где областной центр по борьбе с ВИЧ/СПИДом является структурным подразделением РОККВД. Такое единство позволяет целенаправленно, эффективно и экономически рационально проводить диагностические, лечебно-профилактические, противоэпидемические и организационно-методические мероприятия. На базе этого учреждения, с целью эффективной борьбы с эпидемией ИППП и ВИЧ/СПИДа, были объединены усилия различных государственных и негосударственных служб и ведомств – Минздрава России, Ассоциации по профилактике инфекций, передаваемых половым путем, “САНАМ” и Рязанского областного клинического кожно-венерологического диспансера, что вылилось в создание и реализацию с поддержкой Европейского регионального бюро ВОЗ проекта “Интегрированный подход к профилактике, диагностике, лечению и ведению пациентов с заболеваниями, передаваемыми половым путем, и ВИЧ/СПИДом в Рязанской области РФ”. В рамках проекта было проведено:

- учебные семинары для работников службы планирования семьи и репродуктивного здоровья, урологов, а также семинары по вопросам консультирования и медико-социальной реабилитации для специалистов немедицинского профиля (работники социальной сферы, психологи, педагоги и другие);
- внедрение синдромного подхода к лечению ИППП. Для этого предварительно были организованы подготовительные семинары для сельских медицинских работников, а также проведено исследование чувствительности основных возбудителей ИППП, распространенных в Рязанской области;
- открытие в центре города кабинета по предоставлению гигиенических услуг, информированию и лечению ИППП на анонимной основе для секс-работниц, а также двух пунктов по обмену шприцев для наркоманов и разработка, по согласованию с наркологической службой, положения о работе данных пунктов;
- образовательные телевизионные передачи;
- мероприятия по профилактике ИППП и ВИЧ-инфекции в учреждениях исполнения наказания (следственные изоляторы, тюрьмы, специальные колонии), где находятся 15 % всех выявленных ВИЧ-инфицированных;
- образовательная программа сексуального здоровья в школах;
- мероприятия по предупреждению ИППП и ВИЧ-инфекции среди персонала военных училищ, воинских частей и новобранцев.

Реализация проекта способствовала объединению и координации усилий различных ведомств, в том числе и немедицинских, с целью предотвращения распространения ИППП и ВИЧ-инфекции, привлечение внимания общественности области к данной проблеме. Мероприятия, проведенные в рамках проекта, существенно повлияли на принятие областной администрацией двух областных целевых программ по предупреждению распространения

ИППП и ВИЧ/СПИДа. Их реализация послужит эффективной дальнейшей профилактике ВИЧ/СПИДа/ИППП в области.

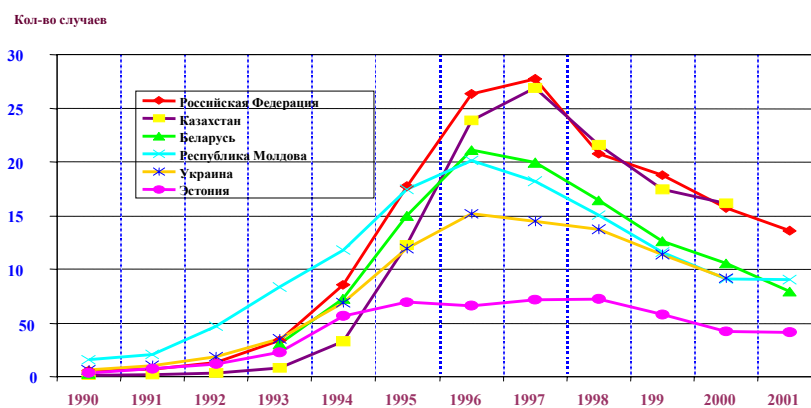
### 3. Эпидемиологическая ситуация по ИППП в ННГ

#### Динамика заболеваемости ИППП и возможные причины ее снижения в последние годы

Участники совещания подробно обсудили возможные причины наблюдающегося в последние годы снижения количества официально зарегистрированных случаев сифилиса (рис. 1). Основными причинами наблюдающегося снижения заболеваемости были признаны:

- повышение информированности населения относительно ИППП; усиление мер первичной и вторичной профилактики;
- внедрение новых форм медицинской помощи (анонимное обследование и лечение, амбулаторная помощь, частные учреждения) и повышение доступности помощи;
- раннее выявление, благодаря скринингу на сифилис некоторых групп населения;
- внедрение современных методов диагностики и лечения;
- успешная работа с группами высокого риска;
- борьба с ИППП становится политикой государства;
- межведомственный подход к решению проблем ИППП;
- неполная регистрация больных, особенно при лечении в частном секторе;
- низкая обращаемость из-за распространения самолечения;

**Рисунок 1. Заболеваемость сифилисом в некоторых ННГ, 1990–2001 гг. (на 100 000 населения)**



Вместе с тем было отмечено, что зарегистрированная заболеваемость не в полной мере отражает действительную ситуацию. Основанием для этого утверждения послужил ряд существенных фактов, которые были обсуждены участниками. Так, например, в Армении 92% случаев сифилиса было зарегистрировано дермато-венерологами (185 специалистов в Республике), и всего лишь 2,8% – акушер-гинекологами (845 специалистов) и 0,45% урологами (104 специалиста), что свидетельствует либо о низком качестве работы этих служб, либо о том, что сифилис в них не регистрируется. В столице Грузии, к примеру, в течение 7 лет работы акушерско-гинекологической сети было зарегистрировано 14 случаев гонореи, что не может считаться достоверным, принимая во



внимание данные дермато-венерологической сети за тот же период и сравнивая показатели посещаемости служб. Резкое снижение заболеваемости гонореей, а также данные официальной регистрации сифилиса в Таджикистане, по мнению специалистов, не отражают истинную картину, так как многие больные гонореей и сифилисом лечатся у врачей других специальностей без должной регистрации. В стране также высок уровень самолечения.

Все большее число коммерческих структур в ННГ предоставляют услуги в отношении ИППП. Эти учреждения, как правило, не регистрируют и не сообщают о выявленных случаях заболевания, и можно предположить, что истинная заболеваемость выше официально регистрируемой, принимая во внимание высокую обращаемость больных в частные коммерческие учреждения (Азербайджан, Латвия). В некоторых странах структуры, ведущие анонимный прием, не сообщают данные регистрации (Казахстан), а в других странах еще не решен вопрос о формах и механизмах регистрации ИППП врачами, осуществляющими прием пациентов на анонимной/конфиденциальной основе (Армения). Внедрение синдромного подхода также способствует снижению показателей, так как постановка этиологического диагноза при этом отсутствует, а учет синдромов в странах не ведется, и таким образом эти случаи выпадают из статистики.

Странами также было отмечено, что, наряду со снижением заболеваемости сифилисом, заболеваемость другими ИППП остается высокой, составляя в Латвии, к примеру, 46,2% среди всех инфекционных заболеваний, а в Казахстане ИППП превышают заболеваемость туберкулезом в 3 раза. В России заболеваемость другими ИППП (трихомониаз, гонорея, хламидиоз) практически не изменилась. Во многих странах нет данных о других ИППП, так как заболеваниями, подлежащими регистрации, являются, в основном, сифилис и гонорея. С другой стороны, следует отметить, что наряду с этим, диагностика некоторых заболеваний (как, например, герпес, гепатиты, иногда также и хламидиоз и др.) проводится только в столицах и крупных городах, а зачастую затруднена даже и в этих местах. Снижение заболеваемости хламидиозом, зарегистрированное, например, в Молдове, нельзя считать достоверным, так как диагностика проводится в основном лишь в городах. Большинство участников подчеркивалось, что отсутствуют данные об уровне заболеваемости среди сельского населения, которая может быть высокой, учитывая ограниченную доступность медицинской помощи, низкую платежеспособность и низкий уровень санитарной грамотности сельского населения. Даже в тех районах, где помощь может быть доступной, как, например, в сельских районах Литвы, ее качество, как правило, оставляет желать много лучшего.

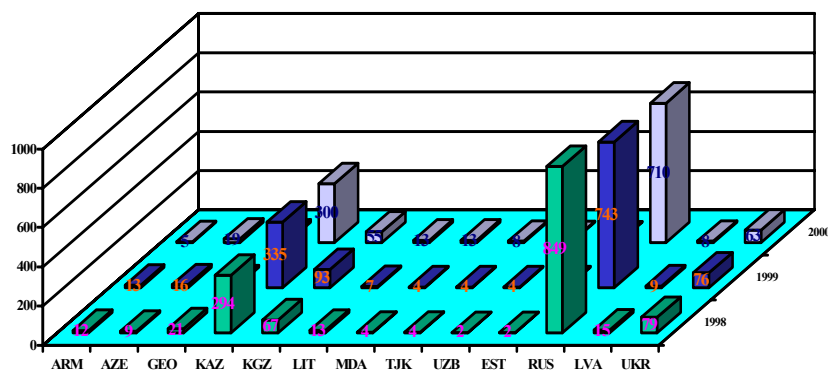
Большинство стран докладывало об изменении соотношения активного и латентного сифилиса. К примеру, в Армении в 1991 году данное соотношение составляло 7:1, а в 2000 г. – 1:2. Уменьшение манифестных форм сифилиса, увеличение скрытого сифилиса и его поздних форм зарегистрировано также и в Таджикистане. Увеличение числа случаев скрытых форм сифилиса указывает на возможность существования скрытых очагов и в эпидемиологическом смысле служит неблагоприятным прогностическим признаком, так как в дальнейшем может способствовать распространению инфекции.

## **Врожденный сифилис**

Серьезной проблемой остается врожденный сифилис. В некоторых странах – Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Латвия, Россия – наблюдается рост случаев врожденного сифилиса. Было высказано предположение, что зарегистрированное число случаев не отражает реальных показателей заболеваемости, которые, по всей вероятности,

в действительности значительно выше. Обследование на сифилис проводится не во всех родильных домах и даже не во всех случаях с подозрением на эту патологию. Нарушена система патронажа беременных, антенатальная помощь доступна не для всех, отсутствует скрининг на ИППП или он проводится только один раз при первом обращении беременной, лечение не всегда доступно. Особенно остро эти проблемы стоят среди контингентов беженцев, мигрантов и других социально неадаптированных групп населения. В ряде случаев имеются также трудности, сопряженные, с постановкой диагноза врожденного сифилиса. В большинстве стран нет возможности проводить диагностику специфических IgM. Участники отметили, что обсуждение вопросов, связанных с проблемой врожденного сифилиса и его профилактикой, в рамках международных встреч и семинаров, организованных при поддержке ВОЗ (подобно настоящему семинару), было бы очень актуальным и с благодарностью поддержано странами.

**Рисунок 2. Заболеваемость врожденным сифилисом**



Наряду с наблюдающимся общим снижением официально зарегистрированной заболеваемости сифилисом, показатели этого вида заболеваемости остаются высокими среди отдельных групп рискованного поведения, преимущественно работников коммерческого сектора. Это тем более заслуживает большого внимания и требует проведения своевременных действенных мероприятий, учитывая рост численности групп риска и сохранение условий, способствующих маргинализации населения. Представители многих стран отметили, что поведение, сопряженное с риском заражения ВИЧ инфекцией, является ведущим в распространении эпидемии, и основными распространителями ИППП являются РКС, гомосексуалисты и лица, имеющие секс со многими партнерами.

Группы рискованного поведения обычно не обращаются за медицинской помощью по многим причинам: отсутствие конфиденциальности, низкий уровень обслуживания, отсутствие социального страхования и т.д.

## **Инъекционная наркомания и коммерческий секс**

В 1999 г. заболеваемость ИППП среди женщин, злоупотребляющих наркотиками и занимающихся коммерческим сексом на улицах Вильнюса, составляла 95% (32,6% больны гепатитом С, 21,7% – сифилисом, 28,8% – RW-положительны, 1,6% – ВИЧ-инфицированы, 17,4% больны гонореей, 24,4% – трихомониазом). Благодаря предпринимаемым мерам, заболеваемость в данной группе риска снизилась в 2000 г. до 45%. Вместе с тем, ситуация в группе риска остается сложной. Данные опроса 26 сексуально активных женщин, проживающих в школах-интернатах, в возрасте от 9 до 15 лет показали, что начало половой жизни происходило приблизительно в возрасте 13,1 лет. С 14-летнего возраста они начинают заниматься проституцией, и, как оказалось, каждая третья больна ИППП, 40,9% женщин испытали сексуальное насилие в возрасте 9–12 лет. Обследование РКС (работников коммерческого секса) в Грузии показало, что около 50% РКС больны сифилисом, а более 30% – гонореей и другими ИППП. Обследование уличных РКС в Ереване показало, что 7,5% из них ВИЧ-положительны, уровень ИППП также оказался высоким. Одной из основных проблем настоящего момента в Эстонии тоже является рост численности групп с рисковым поведением.

## **Мужчины, имеющие сексуальные отношения с мужчинами**

Было отмечено, что мужчины, имеющие секс с мужчинами, являются одной из самых труднодоступных групп высокого риска. Как правило, имеется четко организованная сеть с хорошо налаженным механизмом взаимодействия и иерархией и вместе с тем строго изолированная от окружающей среды. Была подчеркнута необходимость разработки и внедрения эффективных методов работы с этой группой населения и, в первую очередь, налаживание процесса обучения по принципу “равный – равному”, который дал хорошие результаты, например, в Литве и Грузии. Другой пример – организованный Литовским центром СПИД Интернет-сайт, куда за 1,5 года обратились 60 человек из данной группы риска. Все те, кто согласился ответить на вопросы, были бесплатно протестированы на ВИЧ-инфекцию. Дополнительно Интернет-сайт Литовского центра СПИД содержит многоступенчатую информацию по вопросам диагностики и лечения ИППП.

## **Другие группы рискового поведения**

Отдельные страны указали на наличие специфических групп риска. В Молдове, к примеру, большую проблему представляют собой репатриированные женщины, в основном из стран Юго-Восточной Европы (Македония, Босния, Албания). Основное их занятие – проституция. Анализ заболеваемости среди данного контингента выявил высокий уровень ИППП и ВИЧ-инфекции. Подавляющее большинство из числа этих женщин социально не адаптированы в обществе (не работали на момент выезда 63,6%). Обследованием 124 репатриированных женщин выявлено 12 – больных сифилисом, 6 – гонореей, 2 – ВИЧ-инфицированных, 14 – больных другими ИППП. Эти женщины, как правило, представляют собой потенциальный источник распространения инфекции.

В России особую проблему представляет заболеваемость ИППП среди женщин, содержащихся под стражей. Из них у 37,4% зарегистрировано ИППП (заболеваемость сифилисом у них составила 2575 на 100 000 заключенных), по сравнению с таковой среди гражданского населения – 155. Удельный вес женщин, больных сифилисом, в 3,4 раза превышает соответствующий показатель у мужчин.

Создавшаяся эпидемиологическая ситуация диктует необходимость разработки инновационных подходов в оказании помощи в отношении ИППП, прежде всего для групп повышенного риска, с должным, конечно же, учетом местных специфических факторов.

Данные, приведенные в таблице 8, свидетельствуют о том, что в большинстве стран контингентам повышенного риска предоставляется доступная, приемлемая, бесплатная помощь, в некоторых странах с этой целью созданы специальные учреждения.

*Таблица 8. Оказание медицинской помощи в отношении ИППП уязвимым группам*

Группы	Помощь предоставляется бесплатно, добровольно, анонимно/конфиденциально, проводится консультирование	Имеются специальные учреждения
Работники коммерческого секса	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан	Грузия, Кыргызстан, Таджикистан
Мужчины, имеющие секс с мужчинами	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова	Грузия
Потребители инъекционных наркотиков	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан	Таджикистан, Узбекистан
Подростки, беженцы, мигранты, БОМЖи и др.	Армения, Грузия, Молдова	Грузия

### **Оповещение половых партнеров**

Большинство стран перешли на анонимное или конфиденциальное оповещение половых партнеров, что является существенным позитивным достижением, так как означает отказ от принудительного, зачастую с привлечением органов милиции, обследования и при необходимости лечения половых партнеров, больных ИППП. В некоторых странах наряду с этим все еще сохраняются принудительные меры, но, как это было отмечено представителями этих стран, меры принудительного вовлечения партнеров применяются в индивидуальных случаях и только по эпидпоказаниям. Во всех странах обследование партнеров является частью рутинного ведения больных.

Таблица 9. Оповещение половых партнеров

Оповещение половых партнеров					
является анонимным	является конфиденциальным	является частью рутинного ведения больных ИППП	осуществляется пациентами на добровольной основе	осуществляется медперсоналом	осуществляется с помощью органов милиции
Азербайджан, Грузия, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Литва, Молдова, Таджикистан, Узбекистан, Эстония	Азербайджан, Армения, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан	Азербайджан, Казахстан, Кыргызстан, Таджикистан, Узбекистан

## 4. Заключение

### Прогресс в борьбе с эпидемией ИППП в странах

Основными достижениями в деле профилактики и борьбы с ИППП, по мнению участников совещания, являются:

- отказ от репрессивных, принудительных методов ведения больных ИППП;
- введение анонимного обследования и лечения больных;
- разработка и внедрение национальных программ профилактики и контроля ИППП;
- сокращение сроков лечения;
- введение новых методов диагностики и лечения;
- применение новых эффективных лекарственных средств;
- интеграция ведения больных в первичное звено медико-санитарной помощи;
- снижение заболеваемости ИППП;
- реформы в области здравоохранения.

### Нерешенные проблемы

Все еще нерешенными остаются следующие проблемы:

- неадекватный эпиднадзор, в том числе среди групп риска;
- недостаточно полный охват бесплатной помощью, в первую очередь контингентов групп риска и социально незащищенных слоев населения;
- низкий уровень санитарной культуры населения;
- низкий уровень полового воспитания;
- недостаточная первичная профилактика, особенно в группах риска;
- рост распространенности коммерческого секса;

- низкое качество лабораторной помощи; низкий уровень диагностики ИППП вне крупных городов и центров; недостаточная обеспеченность современными диагностическими средствами;
- недостаточное финансирование, ухудшение материально-технической базы дермато-венерологической службы;
- низкое качество лечения и диагностики негонококковых заболеваний уrogenитального тракта;
- рост числа случаев врожденного сифилиса;
- рост заболеваемости среди сельского населения, среди неработающей части населения, а также среди других труднодоступных для лечения и профилактики групп;
- отсутствие единых подходов и преемственности в отношении ведения больных ИППП среди специалистов разных служб.

### **Задачи на будущее**

- Улучшение эпиднадзора за ИППП, особенно среди групп риска
- Широкое внедрение анонимности в диагностику и лечение больных
- Интеграция ведения больных в смежные медицинские службы (акушерско-гинекологическая, урологическая, ВИЧ/СПИД, первичная медико-санитарная помощь)
- Повышение среди населения чувства ответственности за свое здоровье, воздействие на сексуальное поведение молодежи, пропаганда здорового образа жизни
- Разработка и внедрение методов первичной профилактики
- Совершенствование форм и методов профилактики среди групп риска
- Совершенствование законодательства в отношении ИППП
- Широкое внедрение современных методов диагностики и лечения ИППП
- Расширение межсекторального подхода к профилактике ИППП

## **5. Рекомендации**

1. Первичная профилактика ИППП должна быть составной частью деятельности клинической дермато-венерологической службы (ДВС). Поощрителен пример Российской Федерации, где в структуру ДВС были включены отделы первичной профилактики.
2. Значительную роль в первичной профилактике ИППП может играть служба репродуктивного здоровья. Целесообразно, чтобы принцип использования презерватива, как средства двойной защиты от нежелательной беременности и от ИППП, пропагандировался как приоритетный метод контрацепции.
3. Целесообразно, чтобы ДВС интенсивно внедряла принцип двойной защиты, проводя для этой цели соответствующее обучение акушеров-гинекологов.

4. Выполнение рекомендаций предыдущих совещаний по ИППП внесло большой вклад в снижение заболеваемости ИППП в странах восточной Европы. Возможно, определенную роль здесь сыграли и другие факторы. Однако многие направления плана борьбы с эпидемией ИППП ещё не нашли достаточного отражения в национальных программах, как, например, вопросы законодательства по ИППП, внедрение принципа конфиденциальности, внедрение синдромного подхода среди определённых групп населения или в малодоступных районах. Целесообразно содействовать максимальному внедрению этих рекомендаций в работу ДВ службы.
5. В условиях растущего влияния частного сектора необходимо содействовать переориентировке государственной службы здравоохранения на её доступность для всех слоёв населения, расширяя принцип гуманного обращения с больными, доступность по стоимости обследования и лечения и по расстоянию до лечебного учреждения.
6. Необходимо увеличить вовлечение государственной ДВ службы в работу с уязвимыми группами населения, как, например, с работниками коммерческого секса. Заслуживает широкой популяризации опыт Грузии, Литвы, Киргизии, Армении по оказанию медицинской помощи и информативному обучению работников коммерческого секса на основе принципов анонимности и конфиденциальности.
7. Целесообразно совершенствовать систему эпиднадзора за ИППП и поведенческими тенденциями среди населения, особенно в связи с растущей эпидемией ВИЧ/СПИДа.
8. Интеграция работы медицинских служб по таким направлениям, как профилактика и лечение ИППП и ВИЧ/СПИДа и предотвращение нежелательной беременности, является перспективным подходом, который заслуживает широкого внедрения.
9. Необходимо разработать общие принципы ведения больных ИППП в различных медицинских службах и осуществлять мониторинг качества оказываемой медицинской помощи.

*Приложение 1*

**СПИСОК УЧАСТНИКОВ**

**Армения**

Профессор К.Бабаян  
Главный дермато-венеролог МЗ, директор Научно-медицинского центра дерматологии и ИППП, Ереван

**Азербайджан**

Д-р Р. Исмаилов  
Главный врач Республиканского КВД, Министерство здравоохранения, Баку

**Беларусь**

Профессор Л. Барабанов  
Главный дермато-венеролог, зав. кафедрой дермато-венерологии Медицинской академии последипломного образования, Министерство здравоохранения, Минск

**Эстония**

Д-р Н. Белова  
Главный специалист бюро по профилактике болезней, Министерство социальных дел, Таллин

**Казахстан**

Профессор М. Шакиров  
Главный дермато-венеролог МЗ, директор Научно-исследовательского кожно-венерологического института, Алма-Ата

**Киргизия**

Д-р Д. Нургазиева  
Главный дермато-венеролог МЗ, главный врач Республиканского кожно-венерологического диспансера, с/о Представительство ВОЗ в Бишкеке, Бишкек

**Латвия**

Д-р Ilse Jakobsone  
Директор Государственного центра сексуально-трансмиссивных и кожных болезней Латвии, Рига

**Литва**

Д-р Saulius Chaplinskas  
Директор Литовского центра ВИЧ/СПИД, Вильнюс

**Республика Молдова**

Д-р В. Калистру  
Директор Республиканского центра дерматологии и венерологии, Министерство здравоохранения, Кишинев



### **Российская Федерация**

Д-р М. Гомберг

Руководитель группы вирусных урогенитальных инфекций ЦНИКВИ, Москва

### **Таджикистан**

Д-р А. Касимов

Главный врач Республиканского КВД, Министерство здравоохранения, Душанбе

Профессор О. Косымов

Главный дермато-венеролог, Министерство здравоохранения, Душанбе

### **Украина**

Д-р М. Жданова

Заместитель начальника управления медицинской помощи, Начальник управления специализированной медицинской помощи, Министерство здравоохранения, Киев

### **Узбекистан**

Д-р С. Арипов

Зав. кафедрой дермато-венерологии Института усовершенствования врачей, с/о представительство ВОЗ в Ташкенте, Ташкент

### **Временные советники**

Д-р Т. Иркина

Зам. начальника Управления организации медицинской помощи матерям и детям, Министерство здравоохранения, Киев, Украина

Д-р Gunta Lazdane

Зав. кафедрой акушерства и гинекологии, Медицинская академия, Президент Латвийской ассоциации планирования семьи, Рига, Латвия

Д-р М. Тарасова (автор данного доклада )

Главный врач Рязанского областного КВД, Рязань, Российская Федерация

Г-жа М. Элиан

Переводчик, Москва, Российская Федерация

Г-н И. Гусаков

Переводчик, Москва, Российская Федерация

### **Институт Роберта Коха**

Профессор Reinhard Burger

Вице-президент

Д-р Osamah Hamouda

Отдел инфекционных болезней и эпидемиологии

Д-р Sonja Kiessling  
Отдел координации исследований

Д-р Ulrich Marcus  
Отдел инфекционных болезней и эпидемиологии, Институт Роберта Коха, Берлин,  
Германия

### **Всемирная Организация Здравоохранения**

*Европейское Региональное бюро ВОЗ*

Д-р А. Громько  
Консультант, Программа ВИЧ/СПИД/ИППП

Г-жа М. Хансен  
Административный ассистент, Программа ВИЧ/СПИД/ИППП

Д-р Л. Хотенашвили  
Медицинский специалист, Программа ВИЧ/СПИД/ИППП

Д-р Ulrich Laukamm-Josten  
Координатор, целевая группа по неотложному реагированию на эпидемию ИППП

*Штаб-квартира*

Д-р Kevin R. O'Reilly  
Советник по ИППП, отдел "Семья и здоровье общества"

EUR/02/5031803  
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ  
НЕ РЕДАКТИРОВАН  
E76285R