

УДК 616.97:613.882]-08

**СПЕЦИФІКА ЛІКУВАННЯ І ПРОФІЛАКТИКИ ІНФЕКЦІЙ,
ЩО ПЕРЕДАЮТЬСЯ СТАТЕВИМ ШЛЯХОМ, В ГРУПАХ КОМЕРЦІЙНОГО СЕКСУ**

Л.Й.Гамарнік

Одеський державний медичний університет

Ключові слова: інфекції, що передаються статевим шляхом, комерційний секс, лікування, профілактика

Інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) - це глобальна проблема сучасності [2, 3]. Дана група інфекцій небезпечна і серйозна для суспільства завдяки збитку, який вона наносить сексуальному і репродуктивному здоров'ю населенню, майбутнім поколінням і нації в цілому [4, 5]. Рівень реєстрації ІПСШ високий, продовжує збільшуватися з року в рік, що ставить перед системою охорони здоров'я і суспільством невідкладні задачі по запобіганню згубному впливу цієї грізної патології на здоров'я населення [20]. Особливе місце серед ІПСШ фахівці останніми роками уділяють інфекціям у сфері комерційного сексу [21, 22, 26]. Найчастішими ЗПСШ у представниць секс-індустрії є сифіліс, трихомоніаз, хламідіоз, уреаплазмоз, урогенітальний трихомоніаз (УГТ), гонорея, ВІЛ-інфікування, хоча не можна «поменшувати» ролі і інших захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) [29]. Урогенітальний трихомоніаз – одне з найбільш поширених ЗПСШ. Дані статистики указують, що 40% жінок, які відвідують установи дерматовенерологічного профілю, є носіями *T. vaginalis*. Зарубіжні дані обстеження повій демонструють носійство *T. vaginalis* до 70% [9].

На сьогоднішній день запропонована велика кількість методів лікування УГТ [6, 11]. Сучасні методи лікування хворих на УГТ засновані на використуванні специфічних протитрихомонадних препаратів. При цьому необхідно дотримуватися наступних принципів: лікування обох статевих партнерів проводять одночасно; на фоні лікування статеве життя і споживання алкоголю не рекомендується; усуваються чинники, що знижують опірність організму (супутні захворювання, гіповітаміноз та

ін.); лікуванню підлягають хворі при всіх формах захворювання (включаючи трихомонадоносіїв і пацієнтів із запальними процесами, у яких трихомонади не знайдені, але виявлені у статевого партнера); контролюють результати лікування через тиждень після закінчення лікування, а потім після наступної менструації [11]. Одним з найпоширеніших препаратів загальної дії при трихомоніазі є метронідазол. Останніми роками виявлена стійкість *T. vaginalis* при використуванні стандартних доз метронідазола, лікування нерідко буває успішнішим при використуванні великих доз метронідазола місцево. Зараз існують декілька форм метронідазола, (наприклад, метрогіл вагінальний гель, метронідазол крем, кліон-Д 100 вагінальні таблетки). Механізм дії метронідазолу полягає в біохімічному відновленні 5-нітрогрупи метронідазолу внутрішньоклітинними транспортними протеїнами найпростіших. Відновлена 5-нітрогрупа метронідазолу взаємодіє з ДНК клітин мікроорганізмів, інгібує синтез нуклеїнових кислот, що веде до їх загибелі [11]. У даний час окрім метронідазолу застосовують ряд інших похідних нітроїмідазолу - тинідазол, орнідазол, німоразол, тенонітрозол [23]. Лідируюче місце серед препаратів даної групи зараз займає тіберал (орнідазол). Вважають, що механізм дії пов'язаний з порушенням структури ДНК чутливих мікроорганізмів. Тіберал ефективний відносно *Trichomonas vaginalis*, а також анаеробних бактерій і анаеробних коків [23]. У дослідженні, проведеному В.П.Будановим, була показана висока клінічна і мікробіологічна ефективність орнісиду (орнідазолу) в порівнянні з метронідазолом. При використуванні однократного прийому орнісиду в дозі 1,5 г побічні явища зустрічаються у край рідко [7]. Про використання кларітроміцину в лікуванні урогенітальної інфекції, викликаной *S.*

trachomatis доповідає В.Н.Серов, який вважає кларітроміцин одним з найбільш ефективних та безпечних антибіотиків для лікування урогенітальних інфекцій завдяки його високій клінічній ефективності [27]. Герпес є одним з найпоширеніших ЗПСШ. В США щорічно реєструється приблизно 6-10 млн. випадків генітального герпесу, з яких приблизно 3/4 мають тенденцію до латентного або рецидивуючого перебігу. В країнах Європи серед ЗПСШ герпес займає друге місце після трихомоніаза. Групу ризику при генітальному герпесі складають повії, гомосексуалісти [1]. Лікування хворих з герпесвірусною інфекцією (ГВІ) представляє певні труднощі через відсутність протівірусних препаратів, здатних повністю елімінувати вірус простого герпесу (ВПГ) з організму, а також унаслідок формування порушень в імунній системі при високій частоті рецидивів. Крім того, причинами неефективності лікування нерідко є недостатність призначених терапевтичних доз препаратів для контролю над тяжкістю захворювання, нерозуміння механізмів дії ациклических нуклеозидів, а також відсутність особового контакту пацієнта з лікуючим лікарем [1]. Сучасні методи лікування ГВІ засновані на комплексному використуванні протівірусних препаратів в поєднанні із специфічною і неспецифічною імунотерапією. Першу призначають з метою купірування гострої або рецидивуючої ГВІ, другу - для корекції імунних порушень. Серед протівірусних препаратів найбільший терапевтичний ефект мають препарати, які блокують ДНК-полімеразу вірусів і тим самим пригнічують їх розподіл. До них відноситься ацикловір, що вважається стандартом протигерпетичного лікування і моделлю для нових препаратів в лікуванні ГВІ [1]. Лісницький А.І. та співавт. описують лікування генітального герпесу гевіраном. Автори призначали гевіран по 400 мг 3 рази на добу, 8-10 днів. Разом з гевіраном хворі одержували індуктори інтерферону, які мають не тільки антивірусною, але й імунокоригуючою дією, що дозволяє віднести їх до нового покоління препаратів широкого спектру дії. Враховуючи безпеку і високу

ефективність препарату, дослідники рекомендують його для широкого вживання фахівцями при лікуванні ГВІ [17]. Chacrabarty A. et al. провели дослідження використання валацикловіру – препарату другого покоління, при ГВІ. На відміну від ацикловіра валацикловір (в Україні - вальтрекс) має виключно високу біодоступність, яка перевищує аналогічний параметр ацикловіру в 3-5 разів [38]. Вважається, що саме ВПГ-2 виконує основну роль при генітальному герпесі, тоді як роль ВПГ-1 більш значуща саме в епідемічному відношенні. Існують три основні схеми лікування генітального герпесу. Первинна призначена для купірування гострого періоду захворювання. Друга схема називається епізодичною і застосовується з метою зменшення частоти рецидивів. Третя схема - супресивна. Валацикловір при використуванні першої схеми лікування призначається в дозі 1000 мг всередину, двічі в день, курсом 10 днів з подальшим зниженням дози до 500 мг двічі в день, 3 дні. Триденні схеми лікування у вказаних дозах також використовуються для періодичної профілактики рецидивів захворювання, на що вказують Lin P. et al. [36]. Супресивна терапія доцільна переважно у випадках достатньо частого рецидивування генітального герпесу, особливо при важкому перебігу рецидивів. Перевага саме цієї схеми перед епізодичною для профілактики рецидивів доведена відкритим, рандомізованим плацебо-контрольованим дослідженням 225 пацієнтів, хворих на генітальний герпес, проведеним канадськими ученими Romanowski B. et al. [184]. Leone P. затверджує, що валацикловір є першим і єдиним препаратом, для якого доведена триденна схема лікування рецидиву ГГ (по 500 мг 2 рази на добу так само ефективний в лікуванні рецидиву, як і п'ятиденний курс) [37]. Велика кількість досліджень присвячена протівірусним препаратам при ГВІ, але не менш важливу роль у лікуванні данної патології відіграють і представники імунотерапії. Осіпова Л.С. аналізує використання гропрізорину (інозін пранобекс) у комплексному лікуванні ГВІ. Гропрізорин – високоефективний імуномодулятор, який

стимулює переважно клітинний імунітет. Використання гропрінозину в комплексній терапії ГВІ, на думку автора, призводить до значного поліпшення клінічного перебігу захворювання, дозволяє скоротити терміни лікування і зменшити кількість рецидивів протягом року [24]. Прилуцький А.С. та співавт. описують приклад використання імуностимулятора нуклеїнату в лікуванні 30 осіб, що страждали на рецидивуючу інфекцію, яка викликана ВПГ 1-2 типів. Результати досліджень показали, що нуклеїніт (продукт гідролізу дріжджових клітин) доцільно використовувати у комплексній терапії рецидивуючої ГВІ з метою корекції імунітету та зниження частоти рецидивів захворювання [25]. Урогенітальний хламідіоз (УГХ) є однією з серйозних медико-соціальних проблем. Вказана інфекція широко поширена в різних країнах світу, а показники захворюваності постійно ростуть. У Великобританії при обстеженні за допомогою імуноферментного аналізу було встановлено, що частота урогенітальної інфекції, викликаної хламідіями, серед пацієнтів, що звернулися в дерматовенерологічні клініки, склала 10%, в акушерсько-гінекологічні клініки - 3%, серед повій ця інфекція була встановлена в 20% випадків, а серед сексуально активних чоловіків - в 1,3%. В США при гінекологічному обстеженні студенток великих університетів частота хламідіозу коливалася в межах 8,7- 10,7%. В Німеччині серед пацієнтів гінекологічних стаціонарів хламідії виявлялися в 5-18% випадків. В Пакистані при обстеженні вагітних за допомогою прямої імуофлюоресценції (ПФ) знайшли хламідії у 16% жінок. За даними зарубіжних авторів, хламідійна інфекція встановлена у 15% жінок із запальними захворюваннями органів малого тазу, безплідністю і ектопічною вагітністю [15]. Методи лікування УГХ засновані на вживанні антибіотиків різних груп. В той же час слід враховувати і біологічні особливості цього збудника. Хламідії володіють не тільки високим тропізмом до епітеліальних клітин осередків ураження, але і здатні персистувати в мембранообмежених зонах клітин епітелію, що дозволяє мікрооргані-

змам залишатися непошкодженими під час антибіотикотерапії і може приводити до невдач лікування. У зв'язку з цим доцільно використовувати не тільки етіотропні, але і патогенетичні засоби. Всі особи, у яких знайдені хламідії, незалежно від вираженості клінічної картини підлягають лікуванню, доцільно лікувати і їх статевих партнерів [23]. Вираженою етіотропною дією відносно хламідій володіють препарати тетрациклінового ряду, макроліди, рифампіцин, фторхінолони. Важливим моментом тактики лікування є наступне. Під впливом антибіотикотерапії, проведеної без урахування етіологічного агента або мікробної асоціації, у значного числа хворих виявляється зникнення клінічної симптоматики, що веде до помилкової реабілітації хворого. При неускладненій інфекції лікування слід починати з вживання антибіотика. При неуспішній терапії потрібно поміняти антибіотик і провести комплексну терапію в поєднанні з патогенетичними засобами і місцевим лікуванням. При лікуванні хворих в стаціонарі призначенню антибіотика передують імунотерапія і місцеве лікування, а в амбулаторних умовах, з метою запобігання розповсюдженню інфекції, антибіотик призначають одночасно з імунотерапією з подальшим призначенням місцевого лікування [16, 23]. Останніми роками при лікуванні УГХ все ширше застосовуються макроліди, завдяки їх здатності нагромаджуватися у високих концентраціях в клітинно-тканинних структурах організму, схильних до дії УГХ. Кажучи про *Chl. trachomatis* і *Ur. urealyticum* як про урогенітальні інфекції «другої генерації», Халдін А.А. і соавт. (2007) підкреслюють, що в даний час найперспективнішим напрямом етіотропної терапії УГХ і уреаплазмозу є вживання сучасних фторхінолонів і макролідів, зокрема джозаміцину (вільпрафену). Наголошуючи на безпеці, добрій переносимості, автори розглядають його як один з препаратів першої лінії етіотропної терапії при лікуванні інфекцій, викликаних *C. trachomatis* і *Ur. urealyticum* [30]. Останніми роками перед дослідниками встає проблема виникнення чутливості штамів *N. gonorrhoeae* до антимікробних

препаратів. Так, Кубановою А.А. і співавт. був виявлений високий рівень резистентності *N. gonorrhoeae* до пеніциліну, тетрацикліну і ципрофлоксацину, що, на думку авторів, потребує необхідності виключення даних препаратів із схем лікування гонokokової інфекції, а препаратами вибору слід враховувати спектоміцин і цефтріаксон, вважаючи їхню найбільшу активність у відношенні досліджених штамів гонokokу [14]. Колієва Г.Л. і співавт. у ретроспективному огляді світової літератури навели дані про стан захворюваності на гонорею та шляхи й методи її лікування. Починаючи з моменту відкриття інгібіторів ДНК-гірази - хінолонів, лікування гонореї стали вести саме фторхінолонами. З початку 60-х років до кінця 80-х років минулого століття отримано вже 4 покоління фторхінолонів, на наступний час автори описують випадки лікування ЗПСШ за допомогою гатифлоксацину і моксіфлоксацину (авелоксу), але звертають увагу на те, що в доступній літературі вони не зустріли результатів лікування гонokokової інфекції моксіфлоксацином [12]. Профілактика ЗПСШ у РКС є основою діяльності у відповідь на зростання кількості ЗПСШ, а працівники секс-бізнесу - однією з найважливіших цільових груп. Можна припустити три етапи профілактичних заходів серед даного контингенту осіб: профілактика залучення в секс-бізнес; захист РКС і, нарешті, допомога тим, хто хоче вийти з нього. Одним з шляхів допомоги РКС є профілактика ЗПСШ шляхом використання презервативів. Зростання частоти повідомлень ЖКС Болівії про використання презервативів при вагінальному сексі визначають Levine W.C. et al. Багатовимірний аналіз, проведений авторами, показав зворотну кореляцію між частотою використання презервативів і рівнем захворюваності на гонорею, сифілісом і трихомоніазом серед даного контингенту жінок, що дозволило дослідникам зробити висновок про необхідність проведення державними службами і неурядовими організаціями ефективних профілактичних втручань в групах ЖКС. Основним підходом до профілактики повинен бути моніторинг захворюван-

ності, що включає аналіз даних періодичного скринінгу ЖКС [33]. Яцуха М.В. і співавт. (1999) визначали рівень захворюваності ЗПСШ у жінок, що займаються комерційним сексом, при проведенні періодичних клініко-лабораторних обстежень 1 раз на місяць протягом року. Результати когортного дослідження 103 ЖКС показали високий рівень виявлення ЗПСШ при першому клініко-лабораторному обстеженні і його зниження при подальших щомісячних обстеженнях. Рівень захворюваності ЗПСШ даного контингенту жінок на 60% знижувало використання ними і їх партнерами при кожному статевому контакті презервативів [31]. Аутріч-робота сприяє створенню довір'я і встановлення зв'язку між людьми, що не мають відношення до секс-бізнесу, і людьми, залученими в нього. Аутріч є основним (іноді - єдиним) методом підтримки контакту з РКС [18, 19]. Не менш важливим шляхом профілактики ЗПСШ є створення пунктів довір'я [18, 19]. Кожне епідемічне захворювання розвивається по передбачених фазах, пов'язаних із залученням в епідемію певних груп населення, і епідемія ВІЛ не виключення. Забезпечення безпечнішої поведінки РКС, профілактика ЗПСШ - найважливіша частина протиепідемічних заходів, направлених на уповільнення розповсюдження ВІЛ/СНІДу. Інтереси цієї групи при розробці і реалізації програм профілактики ВІЛ/СНІДу до останнього часу практично не враховувалися [10, 29]. Тим часом світовий досвід показує, що адресні освітні програми приводять до сприятливих зсувів в поведінці робітниць комерційного сексу. Причому ефект можуть дати тільки такі заходи, які сприяють безпечнішій поведінці цих жінок, тоді як спроби обмежити секс-бізнес силовими методами приводять до зворотнього ефекту - вони йдуть "в підпілля", що підвищує їх уразливість відносно ВІЛ. Трудність профілактичної роботи серед них якраз і визначається "закритістю" цього напівлегального співтовариства. А без доступу неможливо забезпечити його освітніми програмами, консультуванням, лікуванням ЗПСШ, вести пропаганду безпечного сексу.

Наприклад, чим може бути дружня клініка або кабінет для робітниць комерційного сексу? Це місце, де фахівці-медики надають цим жінкам, а також представникам інших уразливих груп населення (споживачам наркотиків, підліткам) медичну і профілактичну допомогу. Важливо, щоб така клініка була розгорнута в кожному шкірно-венерологічному диспансері або Центрі по профілактиці і боротьбі з СНІДом. Це гарантує доступ уразливих груп населення до медичної допомоги і профілактики ППСШ на тому рівні, на якому його одержує решта населення. В крупному місті повинне бути декілька таких клінік, умови в яких дозволять представникам груп ризику вільно спілкуватися з лікарями [28]. Основоположні принципи роботи дружніх клінік - доброзичливе відношення до клієнтів, анонімність і конфіденційність, доступність, прийнятність умов надання медичної допомоги, поєднання медичної допомоги з первинною профілактикою ППСШ. В Москві така клініка створена Міжрегіональною суспільною організацією "Акцент", працює на базі одного з відомчих медичних центрів. В штаті 4 лікарі: уролог, 2 дерматовенеролога, акушер-гінеколог. В місяць туди звертаються декілька десятків пацієнток, особливо їх багато осінню, коли закінчується сезон і вони хочуть перевіритися перед від'їздом на батьківщину. Підлітки 14-19 років за медичну допомогу не платять, для дорослих безкоштовні консультація і один аналіз. Це стало можливим завдяки фінансовій допомозі із сторони Європейського бюро ВООЗ [28]. Необхідно вітати створення дружніх клінік, оскільки вони можуть надавати безкоштовні медичні допомоги підліткам. При цьому зовсім необхідно будувати нові будівлі, достатньо налагодити взаємодію між неурядовими організаціями і суспільними структурами, і до роботи можна повернути будь-яку медичну установу [28]. Організована злочинність, ППСШ, залучення в сексуальний бізнес дітей і підлітків, ментальні і соціальні проблеми клієнтів, токсикоманія і наркоманія сприяють зростанню проституції і її концентрації в крупних містах. У зв'язку з

вкрай неблагополучною епідеміологічною ситуацією по ВІЛ-інфекції контроль за ППСШ, особливо серед працівників комерційного сексу, стає на сьогоднішній день пріоритетним напрямом діяльності шкірно-венерологічних установ (ШВУ). Незалежно від рішення інститутів влади відносно проституції, при локальних спробах надання допомоги РКС з акцентом на соціальний блок державній дерматовенерологічній службі необхідно шукати шляхи організації роботи по первинній і вторинній профілактиці ППСШ серед даного контингенту. Ця задача є складною і залежить не тільки від організації медичного забезпечення, але і від особливостей секс-індустрії. Негативна оцінка проституції як явища, специфічні проблеми, з якими стикаються РКС, не завжди знаходять розуміння і у працівників ШВУ. Все це затрудняє, а іноді робить неможливим спілкування між медичним працівником і РКС, створює "дефіцит довір'я", без якого не можуть розв'язуватися стратегічні і тактичні задачі в даному напрямі [20]. Зміна стереотипів мислення медичних працівників, що працюють з РКС, повинна відбуватися паралельно з процесами реорганізації ШВУ на роботу з групами підвищеного ризику. Особисті уявлення про мораль не повинні перешкоджати задачам охорони здоров'я. Потрібно володіти великою толерантністю до тих фактів, з якими доведеться стикатися. Програмні заходи, що направлені на зниження загрози, яку жінки, залучені в секс-бізнес, представляють іншим людям, сприяють їх стигматизації. Отже, ефективнішим способом зниження розповсюдження ВІЛ і ППСШ статевим шляхом, є рішення загальних питань добробуту жінок, залучених в проституцію і розширення їх можливостей за допомогою освіти і надання інших відповідних послуг [29]. Наприклад, в Таллінні з осені 2005 року для жінок, зайнятих у сфері надання інтимних послуг і розваг, відкритий консультативний центр «Атол». Центр пропонує широкий спектр послуг в самих різних областях. І все це абсолютно безкоштовне для клієнтів центру. Можливість безкоштовних консультацій по здоров'ю, з питань

працевлаштування і кар'єри, психологічне консультування, консультації юриста, соціальне консультування. Також працівниками центру проводиться аутрич-робота. В рамках цієї роботи надаються різні консультативні послуги, презервативи і любриканти та інформаційні матеріали. Центр також виконує функцію «Drop-in»-центра, тобто, жінки, зайняті у сфері надання інтимних послуг, можуть просто з вулиці зайти під час роботи центру тільки для того, щоб випити чашку кави, скористатися Інтернетом, поспілкуватися з працівниками центру. Для приєднання до реабілітаційної програми центру (комплекс послуг для відновлення і поліпшення якості життя людини) основною умовою є відмова від споживання наркотичних речовин і знаходження в програмі АН (анонімні наркомани) терміном не менше 90 днів. Найважливішим аспектом роботи центру вважається те, що тут пропонують жінкам таку підтримку і такі відносини, в яких фінансові інтереси не виконують ролі, а працівники центру строго дотримують правило конфі-

денційності тих людей, які звертаються в центр [34]. Так, групою одеських дослідників було розпочато роботу по використанню методу дозорного епідеміологічного нагляду (ДЕН) в групах ризикованої сексуальної поведінки і, перш за все, серед хворих із захворюваннями, які передаються статевим шляхом. ДЕН дозволив дослідникам встановити різні показники інфікованості як ВІЛ, так і ЗПСШ, і визначити пріоритети у формуванні профілактичних заходів для вказаної цільової групи, а також створенні інформаційних програм для населення [10].

Таким чином, задачі, які стоять перед суспільною охороною здоров'я відносно контролю за інфекціями, що передаються статевим шляхом, ВІЧ і поведінкою, пов'язаною з ризиком зараження, міняються залежно від стадії епідемії. Тому програми по профілактиці і лікуванню даних захворювань повинні розроблятися відповідно до конкретної стадії епідемії [20].

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Аврамов П.С. Лечение больных рецидивирующим генитальным герпесом / П.С.Аврамов // Дерматология, косметология, сексопатология. - 2001. - № 2-3 (4). - С. 175-178.
2. Адашкевич В.П. Инфекции, передаваемые половым путем / В.П.Адашкевич. – М. : Медицинская книга, 2006. – 425 с.
3. Баткаев Э.А. Современные проблемы венерологии / Э.А.Баткаев, Д.В.Рюмин // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. - № 3. – С. 45-52.
4. Аковбян В.А. Инфекции, передаваемые половым путем / В.А.Аковбян, Г.А.Дмитриев // Здоровье (приложение). – 2000. - № 6. – 63 с.
5. Арал С.О. Заболевания, передаваемые половым путем : значение, определяющие факторы и последствия / С.О.Арал // Инфекции, передаваемые половым путем. – 2001. - № 4. – С. 4-8.
6. Бондаренко Г.М. Новый метод лечения урогенитального трихомониаза у женщин / Г.М.Бондаренко, И.Н.Никитенко // Дерматология та венерология. - 2005. - № 1 (27). - С. 78-80.
7. Буданов П.В. Актуальные вопросы диагностики и лечения урогенитального трихомониаза / П.В.Буданов // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7, № 3. – С. 88-92.
8. Васильев М.М. Диагностика, клиника и терапия гонорейной инфекции / М.М.Васильев // Русский медицинский журнал. - 1998. - Т. 6, № 15. - С. 994–998.
9. Васильев М.М. Современные проблемы диагностики и лечения гонорейной и трихомонадной инфекции / М.М.Васильев // Вестник дерматологии и венерологии. 1998. - № 4. - С. 39-42.
10. Дозорный эпидемиологический надзор за ВІЧ-инфекцией среди больных с заболеваниями, передающимися половым путем. Оценка распространенности инфекции /

- С.В.Поздняков, М.Н.Лебедюк, И.С.Фучижи [и др.] // *Анали Мечниковського Інституту*. – 2006. - № 1. – С. 66-72.
11. Кисина В.И. Урогенитальный трихомониаз: терминология, классификация, лечение // *Consilium Medicum*. – 2002. – Т. 4, № 5. – С. 252-255.
 12. Колиева Г.Л. Эпидемиология гонококковой инфекции и клиническое значение устойчивости *Neisseria gonorrhoeae* к фторхинолонам. Обзор литературы / Г.Л.Колієва, В.И.Кисина, С.В.Яковлев // *Инфекции, передаваемые половым путем*. - 2003. - № 3. - С. 4-15.
 13. Кубанова А.А. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в группах поведенческого риска / А.А.Кубанова, О.К.Лосева // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 2000. - № 5. – С. 4-6.
 14. Кубанова А.А. Рациональная фармакотерапия. Рук-во для практ. врачей. – Т. VIII: Рациональная фармакотерапия заболеваний кожи и инфекций, передаваемых половым путем / А.А.Кубанова, В.И.Кисина. – М., 2005. – С. 576-578.
 15. Лебедюк М.М. Клініка, діагностика і раціональне лікування урогенітального хламідіозу у жінок на сучасному етапі / М.М.Лебедюк, В.Г.Коліденко, В.І.Степаненко // *Журнал дерматовенерології та косметології ім. М.О.Торсуєва*. – 2003. - № 1 (15). – С. 4-12.
 16. Лебедюк М.М. Хламідійна урогенітальна інфекція у жінок: епідеміологія і особливості клінічного перебігу на сучасному етапі обґрунтування необхідності комплексних заходів до діагностики та лікування / М.М.Лебедюк // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. – 2002. - № 3 (6). – С. 77-82.
 17. Лесницкий А.И. Опыт применения гевирана в комплексной терапии герпесвирусных заболеваний / А.И.Лесницкий, М.А.Лесницкий, И.П.Турчина // *Дерматологія та венерологія*. – 2006. - № 3 (33). – С. 75-79.
 18. Лосева О.К. Аутрич – новая форма работы с группами повышенного риска. Часть I. / О.К.Лосева, М.Р.Нашхоев, Л.Плат // *Инфекции, передаваемые половым путем*. – 1999. - № 3. – С. 19-23.
 19. Лосева О.К. Аутрич – новая форма работы с группами повышенного риска. Часть II. / О.К.Лосева, М.Р.Нашхоев, Л.Плат // *Инфекции, передаваемые половым путем*. – 1999. - № 4. – С. 19-24.
 20. Мавров Г.И. Інфекції, що передаються статевим шляхом, в Україні (2003-2007): епідеміологія, організація контролю, тенденції та проблеми. Інформаційний бюлетень / Г.И.Мавров. – Київ, 2009. – 40 с.
 21. Мавров Г.И. Медицинские и социальные аспекты коммерческого секса / Г.И.Мавров, Г.П.Чинов, А.А.Ярошенко // *Международный медицинский журнал*. – 2006. – Т. 12, № 3. – С. 147-156.
 22. Мавров Г.И. Проституция и инфекции, передающиеся половым путем: медицинские, социальные и правовые аспекты / Г.И.Мавров, Г.П.Чинов, А.А.Ярошенко // *Дерматологія та венерологія*. – 2006. - № 3 (33). – С. 7-25.
 23. Мавров Г.И. Хламидийные инфекции: биология возбудителей, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика / Г.И.Мавров: Монография. - К.: Геркон, 2005. - 524 с.
 24. Осипова Л.С. Герпесвирусная инфекция: клиника, диагностика, особенности лечения и профилактики в современных условиях / Л.С.Осипова // *Здоров'я України*. – 2008. - № 7 (188). – С. 65.
 25. Прилуцкий А.С. Применение нуклеината в комплексной терапии рецидивирующей герпетической инфекции / А.С.Прилуцкий, А.С.Сергиенко, Д.А.Лесниченко // *Новости медицины и фармации*. – 2008. - № 7 (240). – С. 14.
 26. Проституция: проблемы культуры, воспитания и экономики / А.В.Меренков, Я.А.Халемин, Т.А.Сырнева, М.Н.Никитин // *Вестник дерматологии и венерологии*. – 1999. – № 3. – С. 37–38.

27. Серов В.Н. Применение кларитромицина при урогенитальной инфекции / В.Н.Серов, В.Л.Тютюнник // Здоров'я України. – 2008. - № 4 (185). – С. 5.
28. Смирнов Ф. Коммерческий секс: как с ним быть? // Медицинская газета (электронная версия). – 2002. - № 71. – Режим доступа: [http:// medgazeta.rusmedserv.com/2002/71/article_366.html](http://medgazeta.rusmedserv.com/2002/71/article_366.html).
29. Смирнова Т.С. Проституция как эпидемиологический фактор риска распространения ВИЧ/ИППП в Санкт-Петербурге / Т.С.Смирнова, В.Ю.Дудко, М.В.Тухтарова [Электронный ресурс]. - Режим доступа : [http:// www.biomed.spb.ru/cgi-bin.sort.pl?ses=4&abs=4&year=4&lang=rus](http://www.biomed.spb.ru/cgi-bin.sort.pl?ses=4&abs=4&year=4&lang=rus).
30. Халдин А.А. Урогенитальные инфекции «второй генерации» и возможности их этиотропной терапии / А.А.Халдин, А.А.Фадеев, И.М.Изюмова // Здоров'я України. – 2008. - № 6 (187). – С. 57.
31. Частота выявления инфекций, передаваемых половым путем, при периодических медицинских осмотрах у женщин, занимающихся коммерческим сексом, в г. Москве / М.В.Яцуха, О.С.Мудренко, В.И.Кулагин, А.С.Безручко // Инфекции, передаваемые половым путем. – 1999. - № 5. – С. 37-41.
32. Юцковский А.Д. Пути профилактики инфекций, передаваемых половым путем, среди работников секс-бизнеса / А.Д.Юцковский, Л.Г.Сингур, В.С.Новоселов // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2009. - № 3. – С. 59-61.
33. Decline in sexually transmitted disease prevalence in female Bolivian sex workers: impact of an HIV prevention project / W.C.Levine, R.Revollo, V.Kaune [et al.] // AIDS. – 1998. – Vol. 1, № 12(14). – P. 1899-1906.
34. Eesti HIV-positiivsete võrgustik. Коммерческий секс [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.ehpv.ee/rus/index.php?nid=37&pid=33>.
35. Leone P. Reducting the risk of transmitting genital herpes: advances in understanding and therapy / P.Leone // Curr. Med. Res. Opin. – 2005. – Vol. 21, № 10. – P. 1577-1582.
36. Lin P. Changing paradigms in dermatology: antivirals in dermatology / P.Lin, G.Torres, S.K.Tyring // Clin. Dermatol. – 2003. – Vol. 21, № 5. – P. 426-446.
37. Patients' preference of valacyclovir once-daily suppressive therapy versus twice-daily episodic therapy for recurrent genital herpes: a randomized study / B.Romanowski, R.B.Marina, J.N.Roberts // Sex. Transm. Dis. – 2003. Vol.30, № 3. – P. 226-231.
38. Valacyclovir for the Management of Herpes Viral Infections / A.Chacrabarty, N.J.Anderson, R.Beuther [et al.] // Skin Therapy Letter. – 2005. – Vol. 10, № 1. – P. 145-157.

СПЕЦИФИКА ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ, ПЕРЕДАЮЩИХСЯ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ, В ГРУППАХ КОММЕРЧЕСКОГО СЕКСА

Л.И.Гамарник

В статье проведен ретроспективный анализ отечественных и зарубежных литературных источников, касающихся вопросов специфики лечения и профилактики заболеваний, передающихся половым путем, в группах коммерческого секса.

SPECIFIC OF MEDICAL TREATMENT AND PROPHYLAXIS OF SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES IN THE GROUPS OF COMMERCIAL SEX AUTHOR

L.I.Gamarnik

In the article there is the conducted retrospective analysis of domestic and foreign literary sources, which are up to the questions of specific of medical treatment and prophylaxis of sexually transmitted diseases in the groups of commercial sex.