

Программы профилактики инфекций, передаваемых половым путем, в субпопуляциях повышенного поведенческого риска заражения

Т. В. Красносельских, Е. В. Соколовский

Кафедра дерматовенерологии с клиникой ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И. П. Павлова» Минздрава России
197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, корп. 4

В обзорной статье освещены практические вопросы разработки, проведения и оценки эффективности программ профилактики инфекций, передаваемых половым путем, направленных на коррекцию поведения, способствующего заражению. Рассмотрено значение метода эпидемиологического моделирования для организации превентивных вмешательств. Показана перспективность мультидисциплинарного поведенческого подхода к профилактике инфекций, передаваемых половым путем.

Ключевые слова: **инфекции, передаваемые половым путем, заболеваемость, рискованное сексуальное поведение, динамическая модель распространения ИППП, аутрич-работа, рекрутирование методом «снежного кома», индивидуальное сопровождение, коэффициент удержания участников, мультидисциплинарный подход к профилактике, профилактические интервенции.**

Контактная информация: tatiana.krasnoselskikh@gmail.ru. Вестник дерматологии и венерологии 2017; (2): 12—19.

Programs of the preventive interventions against sexually transmitted infections in the high-risk subpopulations

T. V. Krasnoselskikh, E. V. Sokolovskiy

Department of Dermatovenereology First Pavlov State Medical University of St. Petersburg
Lev Tolstoy str., 6/8, bldg 4, St. Petersburg, 197022, Russia

A review article highlights the practical issues of design, implementation and effectiveness estimation of STI prevention programs aimed to correct the behavior leading to infection. The importance of epidemiological modeling method for the organization of preventive interventions is discussed. The prospects of the multidisciplinary behavioral approach to STI prevention are demonstrated.

Key words: **sexually transmitted infections, incidence, risky sexual behavior, transmission dynamics of STI, outreach work, snowball recruitment, individual case management, retention rate, multidisciplinary approach to the prevention, preventive interventions.**

Corresponding author: tatiana.krasnoselskikh@gmail.ru. Vestnik Dermatologii i Venerologii 2017; 2: 12—19.

■ Серьезные репродуктивные, личностные, социальные, финансовые и прочие последствия инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), определяют возрастающее число исследований, проводимых в основном за рубежом, посвященных разработке, проведению и оценке результативности профилактических вмешательств (интервенций), направленных на изменение поведения, способствующего заражению. Коррекция поведения — наиболее трудная область профилактики, и все же опыт многочисленных интервенций показывает, что люди могут изменять свое поведение, если им оказывают соответствующую поддержку. Поведенческая интервенция — это система воздействий с целью достижения позитивных изменений в отклоняющемся поведении личности, ее окружении либо во взаимодействии личности и окружения.

Критерием эффективности профилактической программы, в том числе поведенческой, является значимое снижение заболеваемости ИППП. Далеко не всякое поведенческое вмешательство, проводимое с самыми лучшими намерениями, приносит пользу. Иногда случалось, что интервенция приносила вред, и совсем нередки ситуации, когда она не вредила, но и не приносила никакой пользы. Поскольку сколько-нибудь значимое влияние на общественное здоровье профилактическая программа может оказать лишь при условии широкого внедрения в практику, а это — весьма дорогостоящий процесс, необходимо выбирать модели вмешательств, эффективность которых доказана статистическими методами. Только в реализацию действительно эффективных профилактических программ имеет смысл вкладывать человеческие и финансовые ресурсы.

Подобно клиническим испытаниям лекарственных препаратов исследование эффективности и приемлемости той или иной профилактической программы предполагает несколько фаз. Сначала проводят исследования первой и второй фаз с разными объемами выборок, в которых исследуют безопасность и приемлемость программы, и в заключение — третью фазу исследования, в рамках которой, собственно, и происходит окончательная оценка эффективности вмешательства. Исследования третьей фазы обязательно предполагают привлечение большого числа участников (от нескольких сотен до нескольких тысяч) из числа лиц, подвергающихся высокому риску заражения.

После выбора целевой субпопуляции проводят пилотные исследования для изучения социально-демографической, поведенческой и эпидемической ситуации в группе, нужд и потребностей ее представителей. Чтобы реалистично планировать проведение интервенции, необходимо иметь достоверную, т. е. полученную экспериментальным путем, информацию обо всех параметрах планируемого исследования. Экспертные оценки, основанные на предположениях и узкоспециализированном опыте, могут быть использованы лишь

в качестве дополнительной информации. Чтобы доказать эффективность профилактической программы, исходный уровень заболеваемости той или иной ИППП в целевой группе (ЦГ) должен быть достаточно высок, чтобы продемонстрировать значимое изменение этого показателя в интервенционной группе исследования по сравнению с контрольной. Если в субпопуляции новые случаи ИППП регистрируются редко, чтобы показать эффективность интервенции, потребуется включить в экспериментальную и контрольную группы очень большое число лиц. Далее разрабатывают детальный план реализации превентивной программы (дизайн).

Эпидемиологическое моделирование и его значение для организации превентивных вмешательств. Теоретической основой для разработки дизайна программ профилактики ИППП является концепция, предложенная английскими учеными R. May и R. Anderson [1, 2]. Они разработали динамическую модель распространения ИППП в популяции, сводящую все многообразие факторов, влияющих на эпидемический процесс, к простой формуле:

$$R_0 = \beta cD,$$

где R_0 — скорость распространения инфекции в популяции (среднее число вторичных случаев ИППП, происходящих из каждого первичного случая);

β — эффективность, или коэффициент, трансмиссии патогена (средняя вероятность заражения восприимчивого лица при однократной экспозиции);

c — вероятность, или частота, экспозиции (комплексная детерминанта, отражающая среднюю частоту контактов восприимчивых лиц с источниками инфекции в данной популяции);

D — средняя продолжительность заразного периода (время, в течение которого инфицированный субъект способен передавать заболевание восприимчивым лицам).

Эти три детерминанты являются необходимыми и достаточными для того, чтобы определить скорость распространения любой ИППП в любых социальных группах в любой момент [3]. Детерминанты сами по себе достаточно гетерогенны в разных популяциях, во времени, и, конечно, они различаются для разных патогенов, передающихся половым путем.

Согласно модели May — Anderson если среднее число новых заражений, происходящих из одного первичного источника, больше 1 ($R_0 > 1$), то распространенность данной инфекции в популяции возрастает, если $R_0 = 1$ — остается стабильной, а если R_0 поддерживается на уровне < 1 , то данная ИППП постепенно элиминируется из популяции (эпидемические цепи прерываются).

Достичь уровня $R_0 < 1$ можно путем влияния на детерминанты β , c и D (рис. 1). То есть контролировать распространение ИППП можно за счет осуществления профилактических вмешательств, направленных на умень-



шение вероятности инфицирования при экспозиции, снижение частоты экспозиции и сокращение периода заразительности источника. Показано, что превентивные интервенции, даже если они проводятся на индивидуальном уровне или на уровне малых групп, постепенно приводят к элиминации инфекции из популяции, если они осуществляются в течение длительного времени.

Превентивные вмешательства, направленные на снижение риска заражения во время сексуального контакта с инфицированным партнером (детерминанта β). Вероятность передачи возбудителей ИППП при контакте восприимчивого лица с источником заражения зависит от многих факторов:

- нарушения барьерной функции слизистой оболочки половых органов при воспалении и дисбиозе (гиперемия, зуд, мокнутие, кровоточивость, наличие эрозивно-язвенных дефектов, трещин);
- применения рискованных сексуальных практик, таких как незащищенный анальный секс, секс во время менструации, половые контакты без использования лубрикантов («сухой» секс), групповой секс и др., способствующих повышенной травматизации кожи и слизистых оболочек при половом контакте;
- гигиенических привычек, в частности применения спринцевания, способствующего «вымыванию» нормальной вагинальной микрофлоры и развитию дисбактериоза;
- пола — женщины подвержены более высокому риску заражения ИППП по сравнению с мужчинами (больше объем заразного материала, попадающего в половые пути при незащищенном сексе, больше продолжительность контакта слизистой оболочки

и заразного материала, больше восприимчивость слизистой к возбудителям ИППП вследствие гормонального дисбаланса на фоне беременности, аборта, расстройств менструального цикла, менопаузы и пр.);

- возраста — подростки биологически более подвержены инфицированию и осложненному течению ИППП вследствие функционального несовершенства эндокринной системы, дисбаланса половых гормонов, анатомо-физиологических особенностей репродуктивной системы. У сексуально активных подростков часто встречаются сочетанные инфекции, многоочаговые поражения, экстрагенитальные очаги. При бессимптомном или малосимптомном течении ИППП в подростковом возрасте высока частота осложнений (воспалительные заболевания органов малого таза у девушек, простатиты и эпидидимиты у юношей);
- вирулентности микроорганизма и его концентрации в биологических жидкостях (сперме, генитальных секретах, крови);
- при ИППП, в отношении которых в настоящее время невозможно добиться микробиологического излечения (ВИЧ-инфекция, генитальный герпес), вероятность заражения в дискордантных парах зависит от доступности медицинской помощи для инфицированного партнера, его желания обращаться за этой помощью и получать терапию, направленную на снижение вирусной нагрузки в заражном материале.

К числу профилактических вмешательств, направленных на снижение вероятности заражения при сексуальном контакте с инфицированным партнером, относятся:

- пропаганда регулярного и правильного использования презервативов, изменение индивидуальной поведенческой модели (путем преодоления негативного отношения к защищенному сексу), а также изменение социальной нормы, принятой в группе, к которой относится индивид. Дизайн таких вмешательств обычно предусматривает информирование участников о методах профилактики ИППП, формирование у них мотивации к изменению поведения, выработку навыков правильного использования презервативов и соответствующей коммуникации с сексуальным партнером, а также увеличение доступности презервативов (бесплатное распространение). Основным недостатком подобных интервенций заключается в трудности достижения долговременных поведенческих изменений: после завершения превентивной программы многие участники вновь возвращаются к нерегулярному использованию презервативов;
- проведение вакцинации против вируса гепатита В, папилломавирусной инфекции;
- выполнение циркумцизии;
- проведение супрессивной антивирусной терапии (при ВИЧ-инфекции, генитальном герпесе), направленной на снижение вирусной нагрузки в заражном материале;

- коррекция поведения, направленная на уменьшение частоты применения рискованных сексуальных и инъекционных практик;
- постэкспозиционная профилактика, или превентивное лечение, — при ВИЧ-инфекции, сифилисе, гепатите В. Вариантом постэкспозиционной является перинатальная профилактика (при ВИЧ-инфекции, сифилисе, гонорее, хламидиозе, трихомониазе, папилломавирусной инфекции, гепатите В).

Превентивные вмешательства, направленные на снижение риска вступления в сексуальный контакт с инфицированным партнером (детерминанта С). Вероятность вступления в сексуальный контакт с партнером, инфицированным ИППП, непосредственно коррелирует с характером полового поведения. К числу поведенческих факторов, повышающих риск инфицирования, относятся:

- раннее начало половой жизни, увеличивающее продолжительность периода сексуальной активности, а следовательно, и шансы встретить инфицированного партнера. Подросткам, рано вступающим в сексуальные отношения, свойственна недостаточная информированность о путях передачи и проявлениях ИППП, недооценка персонального риска, негативное отношение к защищенному сексу, они в большей степени подвержены сексуальному насилию. Основополагающая роль в формировании модели полового поведения, характеризующейся ранним сексуальным дебютом и беспорядочными половыми связями, принадлежит микросоциальным группам (школьным, уличным), где она считается «престижной». Подростки в силу возрастных особенностей подвержены сильному влиянию своих социальных групп, испытывают потребность в самоутверждении, доказательстве лидерства в коллективе сверстников, в то время как их социализация в рамках семьи и школы весьма слаба, им свойственно неприятие авторитетов. Такие подростки часто воспитываются в неполных семьях, семьях с низким образовательным уровнем и социальным статусом, злоупотребляют алкоголем, знакомы с наркотиками, им свойственны и другие формы девиантного поведения;
- большая частота смены половых партнеров (5 и более в год);
- наличие множественных, перекрывающихся сексуальных связей (конкурентная полигамия), когда индивид, не завершив предыдущих сексуальных отношений, вступает в новые, и они существуют параллельно;
- выбор партнеров с определенными поведенческими характеристиками, например применяющих рискованные сексуальные практики, из социальной группы с высоким уровнем зараженности ИППП (работники коммерческого сектора, потребители наркотиков), знакомство с партнерами в местах концентрации лиц с рискованным сексуальным поведением (ночные клубы, бары, сайты знакомств в Интернете и т.п.);
- употребление психоактивных веществ (алкоголя, психостимуляторов амфетаминового ряда, кокаина), что способствует повышению сексуальной активности, ослаблению контроля над поведением из-за снятия внутренних запретов, вступлению в сексуальные отношения с партнерами из групп высокого поведенческого риска, от контактов с которыми индивид воздержался бы в трезвом состоянии, отказу от использования презерватива или неправильному его использованию, повышению риска насилия и др.;
- вовлеченность в сексуальные отношения в обмен на деньги, наркотики или иные материальные ценности;
- применение определенных сексуальных практик (незащищенный анальный секс, групповой секс и др.);
- физическое и психологическое насилие со стороны полового партнера, связанное с экономической зависимостью от него, страхом и сопряженное с неспособностью жертвы настоять на использовании презервативов, отказаться от нежелательного полового контакта;
- психоэмоциональные расстройства (депрессия, тревожность, низкая самооценка, безнадежность в оценке будущего) способствуют возникновению различных форм деструктивного, или саморазрушительного, поведения, к которому относятся злоупотребление алкоголем, употребление наркотиков, рискованное сексуальное поведение, пренебрежительное отношение к своему здоровью, нежелание лечиться и др.;
- отношение к использованию средств индивидуальной защиты от ИППП, частота и правильность их использования;
- путешествия в регионы, эндемичные по определенным ИППП.

Профилактические вмешательства, имеющие целью снижение вероятности вступления в сексуальный контакт с зараженным партнером, предусматривают изменение поведения как лиц, которые потенциально могут инфицироваться, так и тех, кто уже инфицирован. Такие интервенции особенно важны для профилактики неизлечимых вирусных ИППП (ВИЧ-инфекция, герпес, папилломавирусная инфекция), при которых терапия позволяет лишь улучшить качество жизни инфицированного, но не предотвращает заражение половых партнеров, в связи с чем насущной необходимостью является прекращение экспозиции. К этой категории относятся следующие вмешательства:

- пропаганда добровольного отказа подростков и молодежи от добрых сексуальных контактов (сексуальной абстиненции);
- пропаганда обоюдно серийной, или последовательной, моногамии — типа межличностных и сексуальных отношений, которые характеризуются

рядом сменяющих друг друга относительно стабильных отношений с партнерами, когда индивид в конкретный период имеет только одного партнера, а, вступая в новые сексуальные отношения, завершает предыдущие;

- пропаганда применения сексуальных практик, при которых исключено попадание в организм спермы, крови или влагалищных выделений партнера;
- антиалкогольная и антинаркотическая пропаганда;
- тестирование на неизлечимые вирусные ИППП и консультирование с целью снижения частоты незащищенных половых контактов в дискордантных парах.

Превентивные вмешательства, направленные на уменьшение периода контагиозности ИППП (детерминанта D). Большинство традиционных клинически ориентированных методов профилактики ИППП направлено на снижение периода, в течение которого зараженный субъект способен передавать инфекцию контактным лицам. Уменьшение длительности периода контагиозности предусматривает максимально раннее выявление и эффективное лечение больных. Комплекс вмешательств включает:

- информирование представителей групп высокого поведенческого риска о путях заражения и проявлениях ИППП и формирование настороженности к ним;
- формирование у представителей групп риска мотивации к своевременному обращению за медицинской помощью. Профилактические мероприятия, связанные с побуждением пациентов к раннему обращению к специалистам при обнаружении признаков ИППП, значительно осложняются безрецептурным отпуском медикаментов, в частности антибактериальных препаратов, что способствует увеличению частоты случаев самолечения;
- доступность качественной диагностики для лиц с симптомами ИППП;
- активное выявление инфицированных лиц путем массового популяционного скрининга — для бессимптомно протекающих ИППП;
- доступность терапии, направленной на элиминацию/супрессию возбудителя;
- адекватность терапии, что предполагает: 1) применение схем и методик, эффективность которых обоснована в соответствии с принципами доказательной медицины, и 2) этиотропный характер терапии. Распространенное за рубежом синдромное лечение — т.е. клинический подход, основанный на своевременности терапии, а не на высокоспецифичной этиологической диагностике, — возможно, эпидемиологически обоснованно и применимо в исключительных ситуациях, но ни в коем случае не должно являться повседневной практикой;
- формирование приверженности пациентов терапии (установки на строгое следование рекомендациям врача) и комплаентности (соблюдения больным режима и схемы приема лекарственных препаратов).

Эти установки определяются полом, возрастом, уровнем интеллекта и образования, характерологическими и волевыми качествами пациента, клиническими проявлениями и особенностями течения заболевания, особенностями терапевтической методики (выбор препарата, быстрота наступления эффекта, переносимость), социально-экономическими факторами и организацией медицинской помощи. Учитывая многообразие факторов, влияющих на комплаентность, интервенции, направленные на ее формирование, должны носить комплексный, мультидисциплинарный характер;

- прослеживание эпидемической цепочки: выявление, информирование, обследование и лечение источника инфекции и предположительно зараженных половых партнеров. К сожалению, традиционный метод прослеживания эпидемической цепи — идентификация контактных лиц методом опроса инфицированного — оказывается недостаточно эффективным при ИППП с коротким инкубационным периодом (гонорея), при бессимптомно протекающих ИППП с высокой контагиозностью (хламидиоз), а также в обстоятельствах, когда отсутствуют данные для розыска контактных лиц (случайные и коммерческие партнеры).

Таким образом, динамическая математическая модель R. May и R. Anderson охватывает практически весь спектр направлений профилактики ИППП и является теоретическим базисом для разработки современных комплексных превентивных программ. Очевидно, что наиболее эффективными являются профилактические программы, оказывающие влияние на все три детерминанты заражения ИППП (β , c , D).

Практическая реализация и оценка эффективности профилактических программ. После разработки дизайна определяют необходимые ресурсы (помещение, оборудование, персонал), стратегии рекрутирования и длительного удержания представителей ЦГ в программе и критерии оценки эффективности превентивной интервенции.

Набор участников в профилактическую программу может осуществляться на базе государственных учреждений и общественных организаций, оказывающих помощь представителям ЦГ (например, на базе кожно-венерологических диспансеров), аутрич-методом, методом «снежного кома» через социальные сети, с помощью интернет-ресурсов и другими методами. Недостатком стратегии рекрутирования участников через государственные и общественные службы является то, что она не гарантирует формирование репрезентативной выборки, поскольку лица с наиболее рискованным поведением могут не обращаться в подобные учреждения из-за боязни стигматизации или проживать в местах, где такие службы недоступны.

Аутрич-метод применяют при необходимости установления контактов и донесения информации, консультаций, средств профилактики до закрытых соци-

альных групп (таких как потребители инъекционных наркотиков, работники коммерческого секса). Аутрич-работа проводится в условиях, привычных для представителей ЦГ, — в открытой уличной среде, местах их сбора и проведения досуга. Аутрич-подход повышает эффективность профилактической программы, так как позволяет увеличить охват ЦГ, ее представители охотнее идут на контакт в привычной для себя обстановке, и появляется возможность оперативного получения обратной связи о качестве работы и предоставляемых превентивных материалов.

Метод «снежного кома», также применяемый для изучения закрытых социальных групп, заключается в нахождении исследователями участников, которые распространяют информацию и помогают привлекать в программу представителей своей группы. При использовании выборки на основе «снежного кома» существует ряд проблем: зависимость выборки от исходных (индексных) участников, которых часто невозможно выбрать случайно (они, как правило, выбираются из уже существующих доступных баз данных); тенденция к смещению выборки по направлению к наиболее сотрудничающим респондентам; респонденты из закрытых социальных групп нередко склонны маскироваться, не давать информации о других представителях своей группы; субъекты с большим социальным окружением будут избыточно представлены, а субъекты с малым могут быть исключены из выборки.

Следует также продумать особенности формирования выборки: включаются только женщины, только мужчины, только определенные индивиды с высоким риском заражения или выборка формируется исходя из удобства проведения исследования с точки зрения доступности участников или наибольшей эффективности использования ресурсов.

Необходимо учитывать, что изменение поведения — это не одномоментное событие, а длительный процесс, проходящий последовательные стадии (рис. 2). Поэтому ключевым элементом планирования профилактической программы является определение необходимой продолжительности периода наблюдения (индивидуального сопровождения) участников, которая может составлять от нескольких месяцев до нескольких лет (обычно 6—12 мес.). Естественно, что число вновь зарегистрированных случаев ИППП определяется длительностью наблюдения, однако гораздо более важен вопрос о снижении или усилении эффекта интервенции с течением времени. В начале вмешательства участники могут быть высоко мотивированы к снижению поведенческого риска, но их энтузиазм может снижаться с течением времени. И, наоборот, в некоторых случаях участникам (особенно женщинам) может потребоваться время, чтобы изменить к лучшему ситуацию, связанную с высоким риском [6, 7]. Период наблюдения должен быть достаточно продолжительным, чтобы обнаружить указанные тенденции, но при этом необходимо учитывать высокую



Рис. 2. Стадии осознанного изменения поведения (по [5])

стоимость длительного сопровождения и возникающие в таких случаях трудности, связанные с удержанием участников, принадлежащих к группам риска.

Также большое значение имеет отработка стратегии достижения высокого уровня сохранения выборки (процента удержания участников) в течение всего периода реализации профилактической программы. Стабильность наблюдаемой когорты, или коэффициент удержания (ретенции) участников, является необходимым условием объективной оценки эффективности превентивного вмешательства. В идеале стабильность когорты должна составлять 95% за полугодичный период. Персонал исследования несет ответственность за разработку и применение таких стандартных операционных процедур, которые позволили бы достичь максимально высокого уровня удержания участников. Считается, что уровень сохранения выборки менее 80% в течение года ставит под сомнение целесообразность дальнейшего проведения лонгитюдного исследования эффективности превентивной поведенческой программы в данной группе. Чем более уязвима и труднодоступна ЦГ, тем более значительные усилия и ресурсы необходимо будет вложить в удержание ее представителей в профилактической программе.

Особенности сопровождения участников и необходимые для этого ресурсы зависят от того, какие показатели планируется оценивать, в частности, требуется ли взятие и лабораторное исследование образцов биологического материала. Изучение заболеваемости ИППП, как правило, предполагает выполнение лабораторных тестов, причем необходимо обеспечить возможность взятия образцов не только в дни запланированных визитов в исследовательский центр, но в любой момент, когда у пациента возникают какие-либо симптомы или подозрения. Необходимость выполнения медицинских

манипуляций (гинекологического осмотра, взятия мазков) при значительном числе участников и большой частоте обследований создает серьезную нагрузку для учреждения и персонала, проводящего исследование, а также дискомфорт и неудобства для участников. С внедрением в практику полимеразной цепной реакции появилась возможность исследовать на ИППП образцы мочи, что исключает необходимость врачебного осмотра, значительно упрощает сбор биологических образцов и дает возможность осуществлять широкомасштабные исследования не на клинической базе. Значительно меньшие ресурсы требуются для сбора поведенческих данных путем интервью или с помощью письменных или компьютеризированных опросников. В целом крупномасштабные комплексные интервенции весьма дорогостоящи и трудоемки, независимо от того, какие поведенческие риски исследуются.

Для анализа эффективности интервенции по снижению заболеваемости ИППП важно правильно выбрать показатели, на основе которых будет производиться оценка. Основными критериями эффективности профилактических программ обычно являются биологические (документированные новые случаи ИППП в экспериментальной и контрольной группах за определенный период) и поведенческие характеристики (частота использования презервативов, число половых партнеров, «рискованность» партнеров и употребление алкоголя и наркотиков в связи с сексуальной активностью по данным самоотчетов). В настоящее время изменение поведенческих характеристик чаще всего рассматривают как второстепенный результат вмешательства, позволяющий объяснить механизмы влияния интервенции на снижение заболеваемости ИППП, которое считается основным показателем эффективности программы. Это связано с тем, что в отличие от возможности объективного лабораторного определения уровня заболеваемости ИППП (инцидент-показателя) не существует способов прямого измерения степени рискованности поведения.

Последняя оценивается на основе самоотчетов респондентов, надежность которых может быть недостаточной в силу ряда причин. Одна из причин — погрешность воспоминаний, т. е. практическая невозможность точно припомнить детали сексуальной активности в течение продолжительного периода (например, за предшествующие полгода), особенно для участников с наиболее высоким уровнем риска, имеющих многочисленных половых партнеров и высокую частоту сексуальных контактов. Другая систематическая ошибка, возникающая при получении данных на основе самоотчетов, — погрешность социальной желательности, когда участник дает такие ответы на вопросы, которые, по его мнению, желает услышать интервьюер, а не соответствующие действительности. Если в профилактической программе используются очные интервью, фактор социальной желательности может побуждать

респондентов не сообщать подробностей, касающихся деликатных тем, либо наоборот, позволять себе преувеличения в отношении более социально приемлемых форм поведения [8]. Использование письменных анкет или методологии компьютеризированного интервью позволяет уменьшить это искажение, предоставляя респондентам более конфиденциальный способ ответа на чувствительные вопросы. Однако возможность использования самостоятельно заполняемых опросников ограничена уровнем грамотности респондентов. Опрашиваемый должен быть в состоянии полностью понять суть задаваемых ему вопросов, а также избежать содвела анкеты незаполненными или бездумно «расставить галочки», не вникая в смысл.

Процесс разработки, апробации, подтверждения эффективности вмешательства путем рандомизированных контролируемых исследований с последующим внедрением в широкую практику может считаться завершенным тогда, когда исследователи получают ответную реакцию от работников практического звена, что позволит разрабатывать последующие интервенции с учетом опыта, накопленного в реальных условиях. Таким образом, получение обратной связи замыкает круг разработки научно обоснованной поведенческой интервенции, направленной на снижение заболеваемости ИППП.

Заключение

Основной вопрос, возникающий в связи с не вызывающей сомнений необходимостью широкого применения программ первичной профилактики ИППП, — как они могут быть внедрены в повседневную практику работы венерологических учреждений? Очевидно, что врачи-венерологи в рамках амбулаторного приема не имеют возможности осуществлять интервенции, направленные на коррекцию рискованного поведения. Для этого у них нет ни времени, ни ресурсов, ни необходимых знаний. Формирование мотивации и поведенческих навыков может быть осуществлено только специалистами, знакомыми с психологическими теориями бихевиоризма. Длительное удержание представителей целевой группы в профилактической программе, их индивидуальное сопровождение — сложная задача, требующая скоординированной работы мультидисциплинарной команды сотрудников.

Мультидисциплинарные профессиональные команды, включающие врачей (инфекциониста, нарколога, фтизиатра), психолога, специалиста по социальной работе, медицинскую сестру, «равного» консультанта, сегодня организованы на базе государственных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. В структуру этих центров официально включены отделения медико-социальной реабилитации, где психологи и социальные работники оказывают необходимую помощь ВИЧ-инфицированным пациентам. Между тем не менее важным является социально-

психологическое сопровождение представителей других групп повышенного поведенческого риска заражения ИППП. Ранее высказывались идеи о необходимости организации и в венерологических учреждениях кабинетов психотерапии и психологической разгрузки с целью коррекции разнообразных психоземotionalных реакций больных ИППП в период диагностики заболевания и лечения, а также о необходимости адресных мер по повышению уровня сексуальной культуры среди широких слоев населения и в группах повышенного риска [9]. К сожалению, привлечение психологов и социальных работников к профилактической работе в венерологических учреждениях в настоящее время не практикуется.

Условия для создания мультидисциплинарной команды и реализации в ней пациент-центрированного подхода есть практически в каждом медицинском учреждении. Для этого не требуется большое помещение, дорогостоящее оборудование и значительное финансирование. В идеале мультидисциплинарная команда должна по составу специалистов охватывать все аспекты оказания комплексной помощи: медицинский, психологический, социальный. Однако при отсутствии социального работника и психолога их функции может взять на себя (на практике так зачастую и происходит) медицинская сестра — как специально обученная основам консультирования, так и обладающая природными коммуникативными способностями, способностью к эмпатии [10].

Мультидисциплинарный подход — это способ оказания наиболее полной и эффективной помощи пред-

ставителям групп повышенного риска, основанный на точной первичной и динамической диагностике проблем индивида, построении коллективом специалистов индивидуального плана сопровождения пациента, максимально содействующего восстановлению его соматического, психологического здоровья, утраченных социальных навыков и связей [10].

Работа специалистов в мультидисциплинарной команде, объединенной общим пациент-центрированным подходом, для них также имеет преимущества: происходит комплексная диагностика потребностей пациентов (медицинских, психологических, социальных); коллегиально решаются вопросы о наиболее актуальных проблемах, требующих первоочередного решения, и способах помощи пациенту; объединяются ресурсы специалистов «внутренней» сети медицинского учреждения и «внешней» сети служб, оказывающих помощь представителям уязвимых групп; пациент получает длительную, систематическую и всестороннюю поддержку, что позволяет формировать приверженность лечению; работа в мультидисциплинарной группе — способ профилактики профессионального «выгорания» специалистов [10]. Работа в мультидисциплинарной команде повышает профессионализм ее участников — занимаются ли они клинической, профилактической или научной деятельностью. Именно на стыке дисциплин, в плоскостях соприкосновения и взаимопроникновения теорий, методов и практических подходов к решению проблем и происходит развитие науки. ■

Литература

- Anderson R. M. The transmission dynamics of sexually transmitted diseases: the behavioral component. In: J. N. Wasserheit et al. (eds). Research issues in human behavior and sexually transmitted diseases in the AIDS era. Washington, D. C.: American Society for Microbiology 1991; 38—60.
- May R. M., Anderson R. M. Transmission dynamics of HIV infection. *Nature* 1987; 326 (6109): 137—142.
- Aral S. O. Determinants of STD epidemics: implications for phase appropriate intervention strategies. *Sex Transm Infect*, 2002; 78 (Suppl. 1): i3—i13.
- St. Louis M. E., Holmes K. K. Conceptual framework for STD/HIV prevention and control. In: K. K. Holmes et al. (eds). *Sexually Transmitted Diseases*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill 1999; 1239—1253.
- Prochaska J. O., DiClemente C. C. Toward a comprehensive model of change. In: W. R. Miller and N. Heather (eds). *Treating addictive behaviors: process of change*. New York: Plenum Press 1986; 3—27.
- Piper J. M. Prevention of sexually transmitted infections in women. *Infect Dis Clin North Am* 2008; 22 (4): 619—635.
- Wetmore C. M., Manhart L. E., Wasserheit J. N. Randomized controlled trials of interventions to prevent sexually transmitted infections: learning from the past to plan for the future. *Epidemiol Rev* 2010; 32 (1): 121—136.
- Gribble J. N., Miller H. G., Rodgers S. M., Turner C. F. Interview mode and measurement of sexual behaviors: methodological issues. *J Sex Res* 1999; 36 (1): 16—24.
- Zakharova M. A., Alekseeva R. S., Yarushina R. M., Syrneva T. A. Types of psychoemotional reactions in patients with sexually transmitted infections. *Vestn Dermatol Venerol* 2005; 6: 49. [Захарова М. А., Алексеева Р. С., Ярушина Р. М., Сырнева Т. А. Типы психоэмоциональных реакций у больных инфекциями, передаваемыми половым путем. *Вестн дерматол венерол* 2005; 6: 49.]
- Multi-professional approach to treatment and care for persons living with HIV/AIDS: practice of collaborative counseling and treatment. D. V. Ostrovsky (ed.). St. Petersburg, RPO «SPID info-vyaz» 2005; 212. [Мультипрофессиональный подход в лечении и уходе за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом: практика совместного консультирования и лечения. Под ред. Д. В. Островского. СПб: РОО «СПИД инфосвязь» 2005; 212.]

об авторах:

Т. В. Красносельских — д.м.н., доцент ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России

Е. В. Соколовский — д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с клиникой ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И. П. Павлова Минздрава России

Конфликт интересов

Авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье