

Венерический жупел (Мини-расследование. Часть 1)

*Жупел – нечто, внушающее страх и отвращение, то, чем пугают. Слово, непонятностью своей внушающее ужас.
(Толковый словарь Ушакова)*

Для человека, ни разу не столкнувшегося напрямую с указанным явлением, данная статья может показаться странной. До сих пор в россиянах живёт убеждение прошлой эпохи, что вообще всё у нас делается только во благо. Ну что ж, для примера (и для начала заодно) автор приведёт три случая из своей жизни. Для тактичности и этичности опущены фамилии, имена, места. Тем более, что большая часть происходившего неформальна и практически недоказуема (кроме биологических фактов) в силу социальной специфики. Однако везде описаны реальные события, люди и организации. Актуальность данной статьи обусловлена повышением в последнее время интереса к деонтологии и медицинской этике, странно совпадающим с нездоровым ростом принудительности медицины.

Для корректного понимания статьи автор рекомендует иметь хотя бы элементарные медицинские или биологические знания.

Все мы бываем пациентами (вместо вступления)

Середина 90-х. В коллектив одного из первых мест работы автора пришёл новый сотрудник. Молодой человек, на редкость открытый и общительный. И это после армии, что показалось очень удивительным, поскольку автор про неё знает не понаслышке. Поскольку молодой, то гормоны, понятно, бурлят. Как-то обмолвился, что ознакомился с классной девушкой. Чуть позже, в процессе очередного разговора за чаем, он признался, что девушки они вот такие, мол, подцепил ту самую болячку. Было спрошено, что ж презервативами-то не пользовался? Он ответил, что встречались они с девушкой каждый вечер, что всегда она была только с ним. Автор про себя удивился такой наивности. Бывает. Спросил, обращался ли он в вендиспансер. Да, обращался, сразу же, вроде как не страшно, сделали укол, выписали таблетки, принимает, всё почти прошло. Через некоторое время коллега ушёл в отпуск, а по приходу он сказал, что кое-кто – (непечатное слово). Вендиспансер, оказывается, "поинтересовался" по месту работы! Человек уезжал, пропустил последнее контрольное обследование, так как решил подойти позже, не посчитав данное требование критичным, поскольку симптомы давно прошли. Вот и последствия. Анонимных и частных кабинетов в те времена ещё не существовало в нашей местности. Человека тогда вызвали к начальству. Содержание разговора он не сказал, а автор из уважения не стал спрашивать. Только сильно удивился, работа-то вообще причём? Где хваленая медицинская тайна? Человек вылечился, с девушкой той пришлось расстаться. Лечилась ли девушка, неизвестно. Через достаточно небольшое время он уволился. Раскрытие медицинской тайны вкупе с задержками зарплаты наверняка тоже оказало влияние на принятие решение.

Сам факт такого поведения врачей автору надолго запомнился, поскольку в те времена он ещё недостаточно знал об особенностях организации так называемой "венерологической помощи", известного пугала советской эпохи. Другой случай произошёл лично с автором во второй половине первого десятилетия 2000-х. В то время в связи с научными исследованиями приходилось часто ночевать на природе летом и осенью. Защицало, немного потекло. Нахлынул ужас. Автор освежил знания о "жутких" болезнях. Просчитал инкубационные периоды всех болячек с похожими симптомами. Не подходят. Вспомнил использование презерватива с подружкой. Всегда. Поняв, что ничего не понятно и само не проходит, пошёл сдаваться в анонимный кабинет при местном вендиспансере. Встретила женщина старших лет с грубым голосом и прямо таки выглядывающей (что практически подтвердилось к концу разговора) школой доблестной советской венерологии за плечами. Мельком выслушала, предложила полное обследование за три тысячи рублей (большие деньги по тем временам) со сдачей крови на ВИЧ, гепатиты и прочее. Автор начал отказываться,

мотивируя тем, что в данное время дорого, кровь на вирусы можно сдать и позже, в другом месте, бесплатно, а пока бы провериться на хламидии и прочее. Вот тут и понеслось... Женщина чуть ли не взревела, начала говорить, что, мол, сношаетесь в своих деревнях (!!! – автор живёт в городе) с кем попало, потом запускаете и приходите с "букетами", нам же вас лечить.

Автор захлопнул дверь.

Делать нечего, пришлось идти в полностью частный анонимный кабинет. Оказалось чисто, за исключением лейкоцитов и небольшого количества грибка *Candida albicans*, молочницы, который встречается как сапрофит и у здоровых людей. Банальный простатит из-за переохлаждения в прошлом, вещь довольно распространённая. Выделения да, бывают, медицине известно, течёт сама воспалённая простата, запуганные мужики автоматически бегут к венерологу. Врач назначил пару препаратов, витамины с цинком, начало проходить. Симптомы некоторое время ещё беспокоили, но в итоге прошли после дополнительных и несложных самостоятельных процедур. Параллельно автор почитал теорию и обрадовался, что обошлось без другого жупела, теперь урологов – массажа простаты. Во время последнего визита к тому врачу чуть разговорились. Вот тогда-то автор и узнал, что венерические заболевания далеко не всегда вселенское зло, как нам их подаёт законы и некоторые врачи. Средние века давно прошли. Свежую неосложнённую гонорейю и трихомонаду вылечить можно достаточно просто, одной или несколькими таблетками, реже – несколькими инъекциями антибиотика. Амбулаторно. Возможна устойчивость возбудителей к одному или нескольким препаратам, но проблема вполне и быстро решается. Даже такой монстр как сифилис, если только-только проявился, с адекватным лечением прекрасно проходит за пару недель. С хламидиями чуть сложнее из-за особенностей биологии и диагностики, но всё равно в итоге лечится. Вирусные ИППП, правда, требуют своего подхода. В рамках темы не будем на них останавливаться. А ещё весьма обрадовала полная анонимность. Всё под номерами, врач спрашивает только возраст, и кто хотя бы примерно был половым партнёром. В общих словах, без фамилий, явок. Никаких угроз, оскорблений, шантажа. Можно так? Да, вполне.

Ещё чуть про запугивание. Автору как-то довелось слышать историю, в достоверности которой он не сомневается, даже с учётом преувеличения. СССР, 70-е годы. У женщины, работающей на "декретированном" предприятии, обнаружили гонорейю. Приехали врачи, милиция, скрутили на глазах соседей, надели наручники и увезли в диспансер. Автор, понятно, не знает всех подробностей по диагностике или отказу женщины от лечения. Подход, однако, показан в полной мере. Кто такие врачи – боги или каратели, если им дают право вершить человеческие судьбы? Гонорейя, извините, не чума, чтобы так. Законы с тех времён изменились несильно. Основное достижение – отмена уголовной ответственности за уклонение от лечения, как нарушающей права человека и ухудшающая эпидемиологическую обстановку. Но, тем не менее, они дают государству право и сейчас действовать близкими методами, несмотря на то, что медицина – услуга по определению, а состояние здоровья – это личная информация, неприкосновенность которой гарантирована Конституцией. Но федеральное законодательство, получается, успешно игнорирует Конституцию. Про особенности законов будет упомянуто далее.

К "загадочному" механизму передачи одной инфекции

Среди прошлых знакомых автора были люди, работающие в сфере общественного питания и на перерабатывающих пищевую продукцию предприятиях. Как-то раз с удивлением он узнал, что их, оказывается, принудительно и обязательно проверяют на венерические заболевания. Наступивший диссонанс усилила информация, что проверяют-то в основном только на два заболевания из почти пары десятков так называемых ЗППП (ИППП). На сифилис ещё можно теоретически допустить, но на гонорейю? На резонный вопрос "Зачем?", логичного ответа так и не последовало. Вернее, был ответ, что мол, положено по закону, пищевое производство всё-таки. Логическое же заключение, что данные инфекции потому и называются ИППП, что передаются в подавляющем большинстве случаев половым путём и очень-очень редко – бытовым, а совсем не аэрогенным (воздушно-капельным) или алиментарным (через пищу), люди прокомментировать не смогли. Мол, к врачам иди и спрашивай, им виднее. Вопрос через какое-то время отошёл на второй план, чтобы вернуться и снова заставить думать. На очередном родном предприятии вдруг и внезапно стали регулярно проверять на сифилис и гонорейю. Вернее как: проверяли и раньше, разово при поступлении, плюс

периодически людей, непосредственно связанных с продукцией. Заставляло задумываться, но, к счастью, стороной обходило. Теперь же – всех, что называется "для порядку" и "под одну гребёнку": бухгалтеров, менеджеров, дворников, программистов. Даже работников, которые на производстве-то ни разу не бывали и не имеют право вообще туда ходить. В случае обнаружения болезни у того же бухгалтера или программиста от работы их отстранят – у них же *гонорея*, которая, по мнению законов, видимо умеет заражать цифры в бухгалтерской отчётности и файлы на жёстком диске компьютера.

Обязательный медицинский осмотр – отдельная болезненная (особенно на фоне современной ситуации с медицинской помощью добровольной, в виде районных поликлиник) тема для отдельного обзора. В данной статье остановимся на гонорее, как на наиболее жупелируемом заболевании, работниках, чья деятельность связана с работой на предприятиях по переработке или приготовлению пищи (далее для краткости – просто пищевых предприятиях) и практическом, так сказать, применении жупела, с небольшими отвлечениями к некоторым близким злободневным моментам. Данную статью вполне можно отнести и к другим сферам деятельности с участием "декретированного контингента", а биологические особенности возбудителя – также к прочим ИППП с подобными проявлениями, поскольку в некоторых случаях проверяют и на них, тоже без каких либо объяснений. На трихомониаз, например.

Итак, на резонный вопрос дерматовенеролог медкомиссии (специально отметим – платный, но отнюдь не добровольный, так как заключён и оплачен вполне законный договор) ответил кратко – приказ 302н. На резонные же комментарии автора, что гонорея через пищу и оборудование ну никак не передаётся, вспоминаем институт, понятие механизма передачи и доказательной медицины, врач, вероятно давно свыкшийся с порядком, что проверять "положено" промолчал, *стараясь не смотреть в глаза*. Допускаем, что предыдущие пациенты просто достали человека, выполняющего навязанный приказ. С другой стороны, врач отказался максимально полно информировать пациента о проводимом обследовании в нарушение принципа информированного согласия, что является нарушением закона. Дома автор ознакомился с пресловутым приказом 302н. О нем чуть позже. Проанализировал всю доступную литературу и статьи по венерологии. Не обнаружил описания ни единого доказанного случая передачи заболевания алиментарным или аэрогенным путём или хотя бы намёка на существование подобного. Сразу скажем, найденная литература не совсем подходит для данных изысканий – она сугубо описательная и рекомендательная. То есть, приведены краткие сведения о возбудителе, показана картина болезни, диагностика, осложнения, приведено лечение. Исследовательской информации по механизмам передачи крайне мало. В принципе, она и не нужна. За более чем полтора века изучения врачи досконально изучили возбудителя и путь его передачи.

Алиментарный путь подразумевает сохраняемость возбудителя в желудочно-кишечном тракте (ЖКТ), что вследствие высокой кислотности желудочного сока и присутствия ферментов для данного возбудителя невозможно. Аэрогенный путь требует достаточного количества устойчивого возбудителя в верхних дыхательных путях и микрочастицах отделяемого, что при гонорее отсутствует. Очень редко передаётся гонорея бытовым путём детям (только девочкам) через горшки, мочалки, предметы гигиены. При заносе из половых органов матери может поражать глаза новорожденных. У взрослых аутоинфицирование глаз тоже иногда встречается, но только при прямом контакте со своими же загрязнёнными руками или половыми органами партнёра. Глотка, задний проход инфицируются также при прямом попадании возбудителя из половых органов. Во всех случаях требуется соблюдение некоторых обязательных условий: достаточная концентрация живых микробных клеток на слизистой (так называемая минимально инфицирующая доза), физические, иммунные или бактерицидные свойства поверхности, другие благоприятные или неблагоприятные условия для возбудителя. Последние в большей мере относятся к ротовой полости из-за наличия лизоцима и других веществ в слюне, обладающих бактерицидными свойствами, в том числе к гонококку. Про указанные особенности знают даже не все врачи. Проще говоря, гонококк при типичном пути распространения должен напрямую попасть в достаточном количестве на слизистую мочеиспускательного канала – уретры, шейки матки, прямой кишки или глотки из половых органов партнёра при половом контакте. Понятно, что пищевые продукты и их производство здесь совершенно не причём. При требовании анализов из половых органов (что нелогично), не проверяется глотка (что более логично), как более возможный, но всё же им не

являющийся, источник возбудителя при гипотетическом алиментарном или аэрогенном пути передачи.

Для взрослых бытовым способом, курсирующий из одного учебного пособия в другое на протяжении почти века, представляется весьма и весьма сомнительным. Единичные случаи описания или мифологично-курьёзные, или остались в далёком "неблагоприятном социально" прошлом. Смысла доказывать данный способ нет. Подход к лечению всё равно "взрослый". К слову, часть врачей-венерологов полностью отрицают неполовой путь передачи у взрослых, но в случае крайней степени отрицания полового акта пациентом, им всё же приходится писать подобное заключение.

Немного о самом микробе. *Neisseria gonorrhoeae*, 3-я группа патогенности – умеренный риск для человека, низкий риск для общества. Данная группа обозначает, что массовой эпидемии с трупами на улицах гонококк не вызовет при всём желании. Деление на группы патогенности не подразумевает деление по путям передачи. Это весьма неудобно в объективной оценке опасности и может привести к злоупотреблению понятиями. Достаточно сравнить грипп и гонорею, оба возбудителя из третьей группы. Первый вызывает достаточно высокозаразную болезнь, передаваемую при разговоре и просто при дыхании, при употреблении заражённой пищи, с быстрым распространением и скачкообразным превышением эпидемиологического порога. Второй подобное вызвать не в состоянии биологически. Хотя при отсутствии лечения оба могут приводить к серьёзным осложнениям, но по определению понятно, что данный вопрос выходит из сферы гигиены пищевого производства. Для справки, ВИЧ вообще относится ко 2-й группе патогенности, но носителям работать на пищевых предприятиях по закону не запрещено, поскольку болезнь не передаётся через пищу. Хотя здесь немного радуется присутствию элементарной логики. К сожалению, законы постоянно и грубо нарушаются. Данная тема большая и, несомненно, более проблематичная, заслуживающая отдельного исследования.

Согласно "Медицинской микробиологии, вирусологии, и иммунологии" (Зверева, Бойченко, 2010) гонококки принадлежат, пожалуй, к наиболее прихотливым бактериям. Они не обладают подвижностью, не образуют спор. Эволюционно имеют высокое сродство с цилиндрическим однослойным эпителием человека, поэтому поражают слизистые с подобным эпителием и только человеческие. Поражение внутренних органов рассматривается как крайний случай при стечении ряда обстоятельств, такие вопросы выходят за рамки статьи. Гонококки неустойчивы во внешней среде, чувствительны к достаточно слабым антисептикам и дезинфектантам. Например, они погибают в течение нескольких минут в растворе азотнокислого серебра в разведении 1:10000, фенола 1%, биглюконата хлоргексидина 0,05%, и даже в простом мыльном растворе.

Гонококки не переносят охлаждения, высыхания. Чувствительны и к повышению температуры – погибают при 50°C за несколько минут. Гонококки чрезвычайно требовательны к питательным средам и к условиям культивирования. Ниже 30°C и выше 39°C рост останавливается. Питательная среда должна содержать человеческий белок (сыворотку крови или асцитическую жидкость), витамины. Ещё одно обязательное условие – присутствие CO₂. Считается что в гное, во влажной среде (полотенца, мочалки) гонококки могут сохраняться в течение суток, но экспериментальных данных найти не удалось. Показатели устойчивости гонококка разнятся у различных исследователей. Но общее представление об устойчивости всё же не вызывает сомнений – возбудитель неустойчив на воздухе и предметах, а бытовое заражение (при использовании общих горшков, мочалок, полотенец и т.п.) является редким исключением, свойственным, как указывалось выше, для детского возраста и (или) для неблагоприятных социальных условий, многие из которых остались в историческом прошлом.

Ясно, что подобные бытовые факторы или социальные условия по определению отсутствуют в собственно технологии пищевого производства, понятия совершенно отличны по сути. Заражение же продукции или инвентаря от человека и, наоборот, в силу биологических особенностей возбудителя не выдерживает никакой критики. Для этого, как уже указывалось, требуется попадание достаточной концентрации жизнеспособных микробных клеток в строго определённые участки организма и некоторые условия, что, учитывая ряд биологических, физических и химических факторов пищевого производства, представляется весьма маловероятным или совершенно невозможным, по сравнению с путём половым.

Само взятие материала на исследование максимально эффективно лишь при небольшом (до 2 мес.) сроке возникновения симптомов. Далее эффективность обнаружения может упасть из-за уменьшения выделения или миграции микроба в другие органы, а при латентном течении болезни даже может равняться нулю из-за отсутствия возбудителя непосредственно в обследуемом органе (например, уретре). В подобных случаях в процессе лечения могут применяться различные "провокации", что при массовых обязательных медицинских осмотрах громоздко и, как следует из их методик, представляется крайне неэтичным.

Мать-гигиена

Теперь о гигиене производства и литературе по ней. По личному мнению автора пищевое (и не только) производство обросло венерологическими мифами и домыслами, основанными в первую очередь на гипотетической возможности попадания выделений из половых органов сотрудников на объект производства. На таких и подобных мифах кормится множество бюрократов и организаций, а законы вынуждают выполнять совершенно ненужные для производства анализы, в основном преследующие цель поставить статистическую "галочку" под видом профилактики или охраны здоровья. Происходит принудительное вытягивание денег из кармана трудящихся или работодателей, а врачей постоянно подстёгивают нелепыми с точки зрения производства приказами "усилить борьбу".

Ситуация и в самом деле интересная. Обзор источников (Воробьёв, 2003, Никитина, 2009, Степанова, 2010) позволил понять, что болезнь обычно просто упоминается в тексте как "не положенная быть и всё", но объяснения причин такого упоминания и "не положения", в противоположность объёмистому описанию реальной опасности, например, кишечных инфекций, нет. Причина простая – сказать-то, собственно говоря, нечего, а вот признаки лженауки как раз присутствуют. Просматривая советские издания по гигиене пищевого производства (Петров, 1975, Горшкова, Липатова, 1987) можно придти к выводу, что современные авторы, скорее всего, просто занимаются автоматическим переписыванием этих и более ранних изданий, не вникая в суть. В необходимой мере корректируются описания правовых актов, технологий, процессов, добавляется немного справочной информации о самой болезни и подобное. Приведу цитату из Никитиной Е.В., книга "Санитария и гигиена питания:

"Гонорея — венерическое заразное заболевание, возбудителем которого является гонококк – бактерия малоустойчивая во внешней среде. Заражение гонореей происходит у взрослых людей только половым путем, а у детей (девочек) – неполовым путем от больной матери через общую постель, ванны и т.д.

...

Для предупреждения всех венерических заболеваний необходимо строго соблюдать в личной жизни и в быту определенные моральные нормы поведения, правила личной гигиены, а работники общественного питания подвергаются обязательному регулярному осмотру дерматовенерологом и сдают анализ крови на РВ (сифилис) и мазки из половых органов на гонококк. Больные *венерическими заболеваниями на работу в общественном питании не допускаются.*"

Интересно получается. Хоть бы слово об опасности для продукции при указанной малоустойчивости! Какая вообще связь "Моральные нормы", "Только половой путь", "В личной жизни и быту" и "...на работу в общественном питании не допускаются"? Не иначе, как в аморалке замешана общая постель и ванна с девочками и их матерями в помещении бытовки (шутка).

Специально для сравнения:

"ВИЧ-инфекция (СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита) – болезнь, поражающая иммунную систему человека, приводящая к ослаблению защитных свойств организма. Возбудителем СПИДа является вирус, который разрушает клетки иммунной системы, больной СПИДом становится восприимчивым к любым другим инфекциям, которые в итоге приводят к его смерти. ВИЧ-инфекция передается, как правило, половым путем, но может передаваться через кровь (при переливании крови), детям, рожденным от больной матери. *Бытовой контакт к заражению СПИДом не приводит.*

Для предупреждения СПИДа необходимо проводить разъяснительную работу среди населения о путях распространения этой болезни. Главное — каждому человеку, в том числе *работникам*

общественного питания, необходимо соблюдать определенные моральные принципы в личном поведении, не допуская беспорядочных, случайных и извращенных форм половых контактов."

Бытовой контакт, как здесь видим, совсем не равен половому. Хотя работать не запрещают, несмотря на то, что болезнь, в отличие от гонореи, неизлечима.

Что ж, логика авторов великолепна. Они напечатали, мы посмеялись. Идём дальше.

Современное пищевое производство – не только емкости для пищевых веществ, трубы, насосы, печи, плиты, холодильники и подобное. Это ещё и санитарная одежда, средства индивидуальной защиты, дезинфектанты и, что самое главное, правила и инструкции. Регламентировано практически всё – мытьё, дезинфекция и сушка рук, посещение туалета, обработка посуды, поверхностей, стен и полов дезинфектантами. Современные препараты для дезинфекции, например, хотя бы хлорные или четвертично-аммониевые соединения в рабочих концентрациях вызывают быстрое уничтожение многих достаточно устойчивых во внешней среде возбудителей кишечных инфекций. Что уж тут говорить о совершенно неустойчивом гонококке, которым попытаться даже специально заразить продукцию надо весьма и весьма постараться.

Теперь чуть о теоретически возможных способах передачи на пищевом производстве, согласно биологии возбудителя. Согласно проводимым медицинским анализам подразумевается попадание его из половых органов в виде выделений. Основной вопрос – *как*. Попытаемся рассуждать логически.

Современные правила приличия подразумевают ношение нательного белья, а санитарные нормы – обязательное ношение санитарной или рабочей одежды. Случайное прямое попадание выделений из половых органов (вследствие анатомической удалённости их от рук) в продукцию и через несколько слоёв ткани представляется крайне и крайне маловероятным, к катастрофическим последствиям не приводящим, из-за низкой устойчивости и невозможности размножения возбудителя вне организма человека.

На воздухе гонококки начинают погибать в первые же секунды и продолжают по мере высыхания субстрата. Данный факт и отсутствие аэрогенного пути передачи полностью исключает занос возбудителя с пылью. Вероятное (то есть, совсем не обязательное) загрязнение рук при их контакте с половыми органами или мочой после туалета легко устраняется простым мытьём. Загрязнение рук после туалета обычно представлено микрофлорой кишечника. Данная микрофлора, несомненно, гораздо более опасна, так как подобные микроорганизмы, как правило, не инактивируются при высыхании. Применение мытья рук с мылом и/или с дезинфектантами, позволяет устранить присутствие обоих типов возбудителей. На многих производствах регламентировано обязательное использование перчаток, их периодическая обработка. Любой контакт загрязнённых рук с пищевой продукцией недопустим и является грубейшим нарушением. Понятно, что он может привести к порче продукции любым другим патогенным и, в отличие от гонококка, устойчивым к условиям внешней среды представителем соответствующей микрофлоры.

Не забываем и о существовании на пищевых предприятиях строгих правил мытья и дезинфекции. С точки зрения вероятности передача человеку или от человека вообще любых возбудителей через постоянно моемое и дезинфицируемое оборудование, инвентарь и руки, даже при их гипотетическом прямом соприкосновении с половыми органами, на современном пищевом производстве несоизмеримо меньше, чем, например, в том же общественном транспорте через поручни, с которыми соприкасаются только за день сотни, если не тысячи представителей совершенно разных социальных групп.

При предположении о загрязнении пищевой продукции возбудителем гонореи в первую очередь следует задуматься, как подобное может произойти физически. При развитой системе знаний, санитарии и гигиены, при наличии разнообразных дезинфектантов, изоляции продукта от внешней среды и аналогичных обязательных мер даже возбудители алиментарных инфекций имеют весьма и весьма малые шансы попасть в продукт. Далее не стоит забывать, что при производстве многих продуктов используется нагрев (пастеризация, кипячение) с температурой намного выше температуры порога гибели гонококка, а также губительно действующие охлаждение и заморозка. Многие пищевые продукты употребляются только после термической обработки конечным потребителем. Некоторые пищевые продукты по своей природе уже содержат различные микроорганизмы, проявляющие к другим микроорганизмам, в т.ч. патогенным, антагонизм. Различный pH и солёность продукции также должны способствовать быстрой гибели достаточно

неустойчивого возбудителя. В растительной продукции, в организмах животных, как и в их мясе, гонококк не размножается и быстро погибает. Статистически достоверные данные исследований размножения и устойчивости гонококка в различных видах пищевых продуктов отсутствуют. Загрязнение продукции патогенными микроорганизмами в целом устанавливается техническими регламентами и другими нормативными документами. Гонококка, как контролируемого микроорганизма, в них нет.

Как указывалось выше, половые органы у человека совсем не на руках. Поэтому представляется абсурдной поддерживаемая законами нелепость, основанная на навязывании проверки также представителей и других специальностей, которые якобы могут представлять опасность для объекта производства. Например, слесарей, производящих инженерные работы на водопроводах. Гонококк в воде не размножается и вскоре гибнет. Теоретически попадание в проточную водопроводную воду порции микроба, например, приводит к многократному её разбавлению, что с учётом низкой устойчивости и отсутствия алиментарного пути передачи позволяет признать возможность заражения равной нулю. Однако подобное не мешает обязывать проверять на гонорею и работников, связанных с водопроводами и подготовкой воды, даже учитывая обязательную физическую изоляцию её от факторов внешней среды. При ремонтных работах на трубопроводах в полость трубы и на руки работников практически всегда попадает достаточно разнообразного и более опасного материала – почва, ржавчина, остатки ремонтных материалов, фекальные стоки. Опасность таких загрязнителей несоизмеримо выше. Они могут нести возбудителей гораздо более опасных заболеваний, чем гипотетическая "пищевая" гонорея (или подобных гипотетических "пищевых" ИППП), как раз прекрасно сохраняющихся или размножающихся в воде.

Совсем кратко, для сравнения, о прочих работниках различных служб, с которых требуют данный обязательный и абсолютно не нужный с точки зрения профессии анализ.

Сторож мясокомбината. Человек непосредственно с пищевыми продуктами не контактирует и их не производит. Объект производства – охрана. Вероятность передачи через неё по определению равна нулю, а бытовым способом – не более, чем при обычном неполовом общественном поведении, то есть практически тоже ноль. Посещение общего туалета и столовой подразумевает применение обычных мер гигиены, направленных на недопущение распространения инфекций, передаваемых алиментарно.

Бухгалтер столовой. Человек непосредственно с продуктами не контактирует и их не производит. Профессия подразумевает работу с информацией. Вероятность передачи микроба через информацию по определению равна нулю (ещё бы!), а бытовым способом – так же не более, чем при обычном неполовом общественном поведении. Посещение общего туалета и своей же столовой подразумевает применение обычных мер гигиены в отношении заболеваний, передаваемых алиментарно аналогично вышеуказанному.

Подобных примеров профессий очень много. Их объединяют два момента – принудительно навязываемый недоказанный научно (или недоказуемый по природе) путь передачи данного возбудителя и принудительное уравнивание с сотрудниками, опять же теоретически могущими передать возбудитель объекту (или от объекта) производства. Одновременно оба направления передачи (теоретически!) применимы, пожалуй, только к самим врачам, поскольку им часто приходится работать в тесном контакте именно с заражённым контингентом и в процессе этого вероятность взаимного заражения как будто бы выше.

Ну, и последнее. Понятно, что профессия, социальный статус и прочие искусственно выдуманные человеческие системы разделения микробу совершенно безразличны биологически. Прямая передача гонококка от взрослого человека к взрослому человеку, не зависимо от рода деятельности и вида предприятий, на которых они работают, а также религии, политических пристрастий и прочего, тысячи лет практически во всех случаях осуществляется только одним способом – половым.

Экскурс в историю

Началом изучения собственно гонореи можно считать 2 век до нашей эры. В своих трудах гонореей описал врачеватель Гален. Однако античный ученый не подозревал об открытии болезни, так как ошибочно принимал выделения из уретры за эякуляцию. И хотя симптом был трактован

неправильно, в медицине закрепилось название "гонорея", что в переводе с латыни означает "семятечение". В 8 веке нашей эры ученый Марцел в своих трудах описывает симптомы болезни более подробно. Пик болезни приходится на 1500 год, однако большинство врачей ошибочно принимают гонорею за сифилис. Немецкий ученый Гюнтер впервые заговорил о гонорее как о самостоятельном заболевании, а не как о разновидности сифилиса. В 1767 врач прививает себе гонорею от зараженного пациента. Однако эксперимент завершился неудачно, вместе с гонореей Гюнтер заразился и сифилисом. Доказать, что гонорея и сифилис – это два совершенно разных заболевания, удалось лишь в 1831 году. Конец 19 века характеризуется бурным развитием микробиологии, благодаря чему и состоялось открытие микроба. В 1879 году Нейссер, после масштабного врачебного эксперимента, назвал бактерии из уретры заболевшего гонококками, то есть возбудителями гонореи. Нейссер также сумел описать все морфологические признаки гонококков, способы размножения бактерий, путь передачи, действие на организм.

В конце XIX столетия, с прогрессом биологии и возникновением бактериологии, начался новый этап развития венерологии. Основные усилия ученых направлены на поиски возбудителей. Проводилось изучение экспериментально-клинических закономерностей течения венерических болезней и их патогенеза. Начало XX столетия было ознаменовано выдающимися научными достижениями открытием Ф. Шаудиным и Э. Гофманом возбудителя сифилиса (1905), получением А. Вассерманом серологической реакции (1906). Большим успехом было применение для диагностики гонореи реакции Борде-Жангу и гонококковой вакцины для лечения (В. Е. Демсбая, 1909).

Можно предположить, что до определённого времени врачи всё же подразумевали аэрогенный и алиментарный путь передачи, поскольку возбудителей долго не могли дифференцировать, придерживаясь так называемой унитарной теории. Наверняка же на протяжении сотен лет работали среди мясников, поваров, молочников заражённые люди. Однако научные труды с античных времён, заблуждаясь в происхождении и дифференцировке, подобного не утверждают и не подтверждают. Идём дальше. XX век, революция, войны, возникновение СССР. Как и при всех аналогичных потрясениях и неурядицах – всплеск венерических болезней. Под эгидой совершенно нового типа государства необходимо сформировать и совершенно новый подход к поиску носителей и лечению.

В СССР в 1918 году образована Центральная медицинская комиссия по борьбе с венерическими заболеваниями, а затем в Наркомздраве РСФСР специальная секция по борьбе с социальными болезнями (Завьялов, 2006, Белова-Рахимова, 2006). В 1921 г. в Москве открыт Государственный венерологический институт, ставший организационным и научно-методическим центром. В 1923 году на первом Всероссийском съезде по борьбе с венерическими болезнями обсуждались методы работы венерологических диспансеров в городах и венерологических пунктов и венерологических экспедиций в сельской местности. Съезд рекомендовал в борьбе с венерическими заболеваниями в числе прочего повсеместную разработку губернских и республиканских планов снижения заболеваемости. На Всесоюзных съездах дерматологов и венерологов (1925, 1929 гг.) были одобрены основные принципы работы венерологических учреждений. Особое внимание уделялось работе венерологических отрядов и экспедиций, проводивших посемейно-подворные обходы, как метод выявления больных венерическими болезнями среди сельского населения отдельных губерний и национальных окраин. Представляя обстановку того времени, можно предположить, как именно проходили данные обходы и требовалось ли вообще хоть какое-то согласие людей на подобные обследования. Кроме того, значимую роль сыграло известное постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 27 января 1927 г. "О мерах борьбы с венерическими болезнями".

Белова-Рахимова в своей работе (2006) также упоминает некий закон 1919 года об обязательных осмотрах работников пищевых предприятий и Постановление от 23 июля 1925 года о недопущении к работе на пищевых предприятиях лиц, больных заразными формами сифилиса, бленнореей, мягким шанкром. Однако сведений об указанных документах или о чём-то подобном в открытых источниках не обнаруживается.

В 1936 году была выпущено постановление СНК СССР №1769 от 1 октября 1936 г. "Об обязательном медосмотре лиц, занятых в пищевых предприятиях, в предприятиях по санитарно-гигиеническому обслуживанию населения и на сооружениях по водоснабжению". К сожалению, более ранних вариантов документов в открытых источниках найдено не было. В дальнейшем

постановление трансформировалось в "Инструкцию по проведению обязательных профилактических медицинских обследований лиц, поступающих на работу и работающих в пищевых предприятиях, на сооружениях по водоснабжению, в детских учреждениях и др.", от 24 января 1949 г. и в её правопреемницу от 6 февраля 1961 г. № 352-61. Ещё один из документов по мотивам – "Инструкция об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях" (утв. главным государственным санитарным врачом СССР 24.12.1987 № 4538-87). Данные документы советской эпохи легли в основу законодательства России, в том числе в небезызвестный приказ 302н.

Указанные источники позволяют установить, что начало массовых проверок работников пищевых предприятий и других так называемых "декретированных групп", а также возникновения понятия медицинской книжки произошло в период 1919-1936 годов. Здесь важнее сам факт, чем точная дата.

Как видим, можно предположить планомерную политическую и идеологическую акцию. Если говорить проще, то молодой республике не были нужны люди с социальными болячками – пережитком "гнилого режима", мешающими воспроизводству и увеличению армии "новых людей". Данная акция проходила на волне венерологического энтузиазма и личной инициативы тогдашнего наркома здравоохранения Семашко, поставившего фанатичную задачу искоренения вообще всех инфекций в стране, в какой-то мере оправдывавшую себя в лихой доантибиотиковый и допрезервативный период и позволившую достаточно быстро справиться, например, с чумой и оспой. Венерические инфекции несколько иные, они тесно связаны с социумом и биологическими особенностями полового поведения человека, в чём тов. Семашко разобрался, видимо, не до конца, пытаясь бороться такими типичными революционными методами. Но тогда возникает вопрос, почему поголовно не заставили проверяться, например, работников машиностроения или прочих отраслей? Разве они совсем не подвержены заражению или не могут распространять болезнь? Или биологически они не *Homo sapiens*?

Можно предположить два вероятных ответа.

Вариант первый. На волне революционного энтузиазма борьбы с эпидемиями любая инфекция, тем более "гнилая", представлялась неким страшно заразным, собирательно-контрреволюционным понятием, аналогично тифу или холере, поэтому проверяться обязаны в первую очередь готовые к пище или обслуживающие людей. Перефразируя известного героя романа Булгакова – "Гонорея у вас в головах". Вот венерические болезни и были лёгким росчерком пера приравнены (что чиновники испокон веков любили делать), к указанным острозаразным инфекциям, а заражённые – к "врагам народа". Ничего нового, в принципе, не придумано. Про истечения известно достаточно давно, а заболевших людей многие культуры приравнивали к "нечистым".

Подобное представление вполне можно охарактеризовать как массовый психоз, наподобие известной СПИД-офобии 90-х, когда люди боялись здороваться друг с другом за руку, требовали помещения заражённых в специальные тюрьмы, хотя пути передачи заболевания были прекрасно известны. Однако гонорея отнюдь не смертельная болезнь (за крайне редкими исключениями), а более двух тысяч лет описания и более полутора веков научного изучения как будто недостаточно.

Второй вариант более логичен. Существует достаточно давнее неформальное представление о работниках пищевой промышленности, сферы услуг и других как о людях весьма лёгкого поведения, способных непринуждённо вступать случайные половые связи. Далеко ходить не надо, образ доступной поварахи или буфетчицы воспет во множестве фильмов и художественных произведений. При данном подходе поведение отдельных особей проецируется на всю группу без исключения (вариант когнитивной ошибки), а сбор данных об этой группе автоматически формирует выборку, т.е. начинает проводиться эксперимент, исследование. Вот и получается, что работники даже не догадываются, что почти век принудительно, без информирования и согласия с их стороны, участвуют в хитром, и, что немаловажно, унижительном и болезненном государственном эксперименте, направленном на "повышение эффективности выявления" и "исполнение приказов партии".

Изначально политически и идеологически необходимая определённом государству на определённом историческом этапе задача в итоге превратилась в культ, в объект насмешек над медициной, в средство устрашения и принуждения, несмотря на появление эффективных способов лечения и профилактики. Как бы ни было, данное уникальное для постсоветского пространства

геронтократическое и тоталитарное явление – дань многолетнего изоляционизма и диктатуры отечественной медицины, вкупе с известным ещё по Салтыкову-Щедрину самодурством, присутствует до сих пор.

Приказ 302н и другие бумажки

*Чем ближе государство к падению,
тем многочисленнее его законы.
(Тацит Публий Корнелий)*

После того как впервые состоялось знакомство с текстом данного документа, первый же вопрос, который возник – кто же такой (такие) его, здравенного, с ошибками и противоречиями другим законам, составлял (составляли)? Имели ли вообще медицинское образование? Или в процессе написания кое-кто употребляли действующие на мозг вещества из указанного тут же "Перечня вредных и (или) опасных производственных факторов, при наличии которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования)"? Закрадывается подозрение, что составители совершенно не видели разницу между видами персонала и в технологиях различных пищевых производств. Данный приказ, несомненно, написан на основе ранее существующих законодательных актов как советской, так и российской эпохи (известные приказы №№ 90, 83, 555), но в отличие от них он почему-то представляется гораздо более нелогичным и уравнивающим по некоторым пунктам. Например, в "Инструкции об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях" (утв. главным государственным санитарным врачом СССР 24.12.1987 № 4538-87 достаточно много исключений и уточнений по видам работ и работникам в пищевой промышленности. В приказе 302н они все приравнены абсолютно к одной отрасли. Независимо от вида выполняемых работ, к ним применяются практически одинаковые обязательные обследования. Чем-то напоминает подход в известных исправительных заведениях одного европейского государства времён 30-40-годов XX века с их убойной "коллективной ответственностью", когда из-за буквально одного случая нарушения (болезни) должно страдать невиновное (здоровое) большинство. Да что тут объяснять намёками – приказ издевательски недоработан, в нём присутствует целый спектр ошибок, игнорируются Конституция и научные данные, а названия Дахау и Освенцим наверняка знают многие...

Конечно же, в связи с особенностью темы хочется упомянуть "Всеобщую декларацию прав человека" и "Амстердамскую декларацию по правам пациентов". Интересные и очень полезные документы, рекомендуемые к обязательному ознакомлению. Всё хорошо, если бы не одно "но" – пункты, связанные с добровольным согласием, личной информацией и некоторые другие делают отсылку к действующему законодательству страны. А в нашем случае оно как раз разрешает использовать принуждение, прикрываясь сомнительными или неоднозначными причинами. Вот и получается, что документы о правах человека вполне позволяют нарушать... права человека. В Европе, вероятно, не задумывались, принимая данные декларации, что медицина в отдельно взятой стране может использоваться для угроз и спекуляций, а понятие "права" примет в некоторых нужных "вверху" случаях понятие "обязанности". Ссылка на указанные декларации при возникновении "законных" принуждений и угроз, создаёт замкнутый круг, разорвать который поможет только грамотный научный и гуманный подход, успешно игнорируемый нашими законодателями. В данной статье словосочетания "права человека" или "права пациента" следует понимать как права живого разумного существа вне политики и выдуманных законов. На этом и остановимся.

Как указывалось выше и согласно самому тексту приказа 302н, составлявшие его, похоже, успешно проигнорировали факт, что в любой "декретированной" отрасли всегда присутствуют различные работники, осуществляющие вспомогательные и административные функции, не участвующие непосредственно в пищевом производстве. Существуют различные типы и области применения оборудования, оно бывает не только непосредственно соприкасающимся с продуктом. Например, котельное, компьютерное. Автор на собственном примере наблюдал результат выполнения подобных нелепиц врачами и работодателями. Приходилось слышать совершенно

смешные и лженаучные одновременно (вообще для ИППП и гонореи в частности) заявления: "Они же едят в одной столовой, ходят в один туалет", "По цехам (отделам) ходишь", "За руку здороваются" и другие. Если следовать данной логике, то проверять надо, например, всех посетителей продуктовых магазинов. Прямо на входе. Они же имеют прямой контакт с продукцией, переставляют туда-сюда пакеты и банки, да ещё за руку иногда друг с другом здороваются. Ужас, как заразно! Вдруг гонорея сквозь пластик проникнет в еду? Вон, водителей развозящих продукты машин и то проверяют, там, страшно сказать, подозрение на проникновение коварного микроба сквозь металл кабины! Да что тут говорить, мы дышим воздухом одной планеты, поэтому проверять нужно поголовно население всей Земли!..

Если кроме шуток, приказ даже в последней редакции и даже с учётом уравнивания различных работников отрасли в один тип, потянул за собой те же самые исторически-тоталитарные лженаучные нелепости и заблуждения по части венерических заболеваний и, в частности, гонореи. Существуют и другие законодательные акты в сфере медицины, ставящие целью отнюдь не интересы пациента, составленные без учёта особенностей биологии различных микроорганизмов или напрямую подменяющие различные понятия. Например, Федеральный закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" № 52-ФЗ от 30 марта 1999 года, статья 33. "Меры в отношении больных инфекционными заболеваниями":

1. Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания и контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями лица, а также лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных болезней, подлежат лабораторному обследованию и медицинскому наблюдению или лечению и в случае, если они представляют опасность для окружающих, обязательной госпитализации или изоляции в порядке, установленном законодательством Российской Федерации.

В Федеральном законе от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" в статье 13 п.4 прямо указано, что "Предоставление сведений, составляющих врачебную тайну, без согласия гражданина или его законного представителя допускается:

...

2) при угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений.

Далее. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ "О качестве и безопасности пищевых продуктов":

Статья 23. Требования к работникам, осуществляющим деятельность по изготовлению и обороту пищевых продуктов

...

2. Больные инфекционными заболеваниями, лица с подозрением на такие заболевания, лица, контактировавшие с больными инфекционными заболеваниями, лица, являющиеся носителями возбудителей инфекционных заболеваний, которые могут представлять в связи с особенностями изготовления и оборота пищевых продуктов, материалов и изделий опасность распространения таких заболеваний, а также работники, не прошедшие гигиенического обучения, не допускаются к работам, при выполнении которых осуществляются непосредственные контакты работников с пищевыми продуктами, материалами и изделиями.

Ещё интереснее составлен "Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих" (утв. постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715). В нём, что неудивительно, присутствуют ИППП, но почему-то нет, например, острозаразных алиментарных гепатита А и дизентерии. Хорошо, что ИППП не внесены в перечень особо опасных карантинных, требующих введения чуть ли не военного положения и разрешения штурма жилищ заболевших.

Инфекционным заболеванием при желании или выгоде можно признать любое заболевание, вызванное возбудителем, независимо от степени его опасности для продукции и человека. Грипп и простуду, например, или нагноение места пореза. В себе и на себе мы носим огромное количество микроорганизмов, включая условно-патогенные и патогенные. В транспорте и на улице встречаемся с подобными же людьми, возможно уже больными. Данные законы абсолютно не разделяют инфекционные заболевания по особенностям совсем в духе первых революционных лет, в том числе по путям передачи и опасности для производства, что на самом деле достаточно важно с точки зрения и эпидемиологии, и гигиены. Получается, что врачам и юристам оставлена большая

свобода трактовки, что оставляет повод для спекуляций. Прикрываясь понятиями "инфекционные болезни" и "инфекционные болезни, представляющие опасность для окружающих" врач вполне законно (согласно Федерального закона № 29-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации") имеет право раскрывать медицинскую тайну для защиты интересов третьих лиц при случаях той же гонореи, нимало не заботясь об этических, социальных или правовых последствиях для пациента.

Федеральный закон "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения" № 52-ФЗ позволяет проводить принудительные обследования лиц с подозрением на "такие" заболевания (по самому факту наличия половых органов на теле сюда можно отнести любого человека на планете) и контактировавших с больными инфекционными заболеваниями. Под словом "контакт" даже в случае ИППП понимается любой возможный контакт, закон их не разделяет. Между тем понятия "контакт" (весьма неопределённое) и подменяемый им "половой контакт" обязательно должны различаться юридически. Также подменяется понятие "пригодность работников для выполнения поручаемой работы" такими отличающимися понятиями как "предупреждение распространения инфекционных заболеваний", "охрана здоровья населения" (приведены общие формулировки). Теоретически подобные законодательные акты в случаях таких ИППП, особо не разбираясь в биологических особенностях и контагиозности конкретного возбудителя, позволяют принять также меры в виде принудительного обследования контактных (в широкой формулировке этого понятия) лиц и нарушения медицинской тайны в виде информирования родственников и работодателя. Реально такое происходит редко по причине появления частных анонимных кабинетов, ставящих целью лечение за деньги, а не наказание. Однако случаи запугивания встречаются до сих пор.

Ещё один интересный документ – "Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих", раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения". Цитируем:

"Врач-дерматовенеролог.

Должен знать: ...

...противоэпидемические мероприятия в очаге инфекции при заразных кожных болезнях и инфекциях, передаваемых половым путем;"

Вполне понятно, что формулировка опять же юридическая и общая, не различающая биологию конкретных возбудителей. Что прикажете считать очагом? Половые органы заболевшего или его семью, дом? На практике под противоэпидемическими мероприятиями одновременно с лечением и недопущением половых контактов понимаются, например, вполне законные проверки контактных лиц, а также абсурдный недопуск к работе. При гонорее контактные лица – это отнюдь не соседи или родственники, а половые партнёры. Бытовые пути передачи, как уже указывалось, мифологично-курьёзны и при детальном изучении практически всегда они оказываются всё-таки половыми.

Периодический медицинский осмотр подразумевает передачу сведений о профпригодности, и, как логическое следствие, о здоровье работника, работодателю. При этом, разумеется, передаются и сведения о наличии/отсутствии у работника ИППП. Ни о каком сохранении медицинской тайны, согласно ФЗ № 323 "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" как видим, речи не идёт, так как сведения передаются независимо от желания работника. Кроме того, совершенно не разбираясь с биологией возбудителя по закону №29-ФЗ "О качестве и безопасности пищевых продуктов" к работе могут не допустить даже тех, у кого нет подобных ИППП, у партнёров кого нет ИППП, но дома есть кто-то болеющий. Не обязательно родственник. Смешно и совершенно ненаучно с точки зрения хорошо изученной биологии возбудителя. В данном ФЗ слегка радуется фраза *"...которые могут представлять в связи с особенностями изготовления и оборота пищевых продуктов, материалов и изделий опасность распространения таких заболеваний..."*. Но в случае с гонореей, похоже, на данное конкретное указание просто не обращают внимания.

Сага о "Личной медицинской книжке"

Данный официальный и поистине уникальный для мировой практики документ известен в нашей стране на протяжении почти века. Он удостоверяет, что на момент сдачи анализов человек обладает необходимым здоровьем для работы в "декретированной" отрасли – пищевой промышленности. В частности, что у него нет гельминтов, тифа, дизентерии, туберкулёза, лямблий или иных возбудителей, передающихся алиментарно или аэрогенным путём. Также она удостоверяет, что на момент сдачи анализов у человека нет некоторых кожных и ряда венерических болезней (сифилиса, гонореи, иногда проверяют ещё и на трихомонаду.) Ключевая фраза – *на момент*. Во-первых, гонорея, как указывалось выше, через пищу не передаётся. Во-вторых, ничто не мешает человеку тут же после получения заветной книжки "бегом" вступить в половой контакт с заражённым партнёром. Симптомы болезней могут появиться через несколько дней, а книжка тем временем действует и якобы подтверждает здоровье. В перерывах между обследованиями человек после заражения при наличии высокой степени промискуитета способен заразить десятки, если не сотни половых партнёров. Ещё раз повторимся – после сдачи анализов, признавших его здоровым, книжка действительна, работодатель обязан по закону верить в её "святость", здоровье она по-прежнему будто бы подтверждает. Закон со стороны работодателя под угрозой наказания требует наличие медицинской книжки установленного образца с допуском к работе как факт, особо не интересуясь её содержимым, оставленным на откуп врачей, которые теоретически способны добавить туда абсолютно любой анализ, даже крайне болезненный, подчиняясь любым указаниям известного министерства.

Подобный метод профилактики "через книжку" также представляется бессмысленным с точки зрения профилактики именно распространения, поскольку при факте выявления и последующего лечения, как правило, прерывается только одна эпидемическая цепочка. Для полной же эффективности с учётом минимального инкубационного периода хотя бы той же гонореи потребуются принудительно проверять всё население Земли. Так и видятся блок-посты на дорогах, люди в белом камуфляже, повязки с красным крестом на рукаве, урогенитальные зонды наголо... Если кроме шуток, то автору действительно приходилось слышать предложения о поголовной принудительной проверке всего населения нашей страны, включая проверку на ВИЧ. Ясно, что к медицине такой подход перестаёт относиться автоматически, переходя в понятия политические и идеологические.

Пожалуй, единственное, в чём могут помочь данные анализы, так это в выявлении скрытой инфекции и вирус- или бактерионосительства (насколько это позволяет обычный неуглублённый анализ), когда сам носитель об этом не догадывается. Но не забываем, что медкнижка требуется совсем не для обследования ради лечения, а для обследования для недопущения. Представляется, несомненно, важнее выявление более опасных инфекций, чем ИППП, острозаразных карантинных, распространяющихся быстро среди всех слоёв населения алиментарно или аэрогенно и могущих привести к действительно катастрофическим последствиям – тифа, дизентерии, холеры, дифтерии. Как исключение, при очень неудачном стечении обстоятельств, вполне можно выявить и острую форму той же гонореи, когда начало выделения возбудителя случайно совпало с обследованием. Хронические формы иногда можно выявить у женщин, так как болезнь часто протекает скрыто. Данные случаи и попадают в статистику, чем некоторые "личности" от медицины любят гордиться. Между тем обследуемый ранее вполне мог заразить, как указывалось выше, не одного своего партнёра. После же прохождения обследования и получения книжки, в случае возникновения острых симптомов позднее весьма вероятно, что заболевший пойдёт лечиться к анонимному доктору из-за боязни применения карательных мер, так как врачи и работодатели до сих пор находятся во власти жупела. Эффективность подобной профилактики представляется низкой, заболевание так и не исчезло.

Хочется отметить ещё один момент. Всем нам известны пугающие новости на тему обнаружения работающих без медкнижки там, где она нужна. Как правило, они касаются незаконных мигрантов. Но иногда встречаются не только мигранты, но и граждане страны, люди просто небогатые, идущие на рискованные шаги из-за крайних обстоятельств. Медицинская книжка достаточно дорога, а работы ещё нет. Так вот, отсутствие её ещё не говорит об исключительной опасности данных людей, это чисто юридическое нарушение, не связанное с эпидемиологическими особенностями.

Возбудителю безразличен факт наличия/отсутствия данного документа. Обыватели, прочитавшие подобную "сенсационную" заметку и поддавшиеся на её часто политический напор обычно не могут сообразить, что работа без данного документа, допустим, поваром, совершенно не приведёт к всплеску той же гонорей среди просто пообедавших посетителей кафе, так как путь передачи отсутствует. А заявление заболевшего, что, мол, заразился через суп и булочку в кафе, где работали без медкнижки, поднимет на смех любой венеролог. Он-то прекрасно знает, через какие "булочки" передаётся данная болезнь.

У ряда из таких работающих без книжки иногда можно выявить носительство возбудителей, передаваемым алиментарно. Но данный факт почему-то так и не привёл к массовым эпидемиям, что заставляет задуматься. Получается, что стандартных мер санитарии и гигиены вполне достаточно для предотвращения. В рамках данной статьи останавливаться на этом не будем. Выходом из ситуации может стать логичный подход к проблеме. Ожидать подобного от государства, как видим, пока не приходится. Подводя итоги можно сказать, что медкнижку в её историческом виде вполне можно назвать тотемом некоего довольно агрессивного карго-культа, с законным и одновременно преступным вымогательством денег за навязанные и совершенно не нужные в большинстве производств анализы-обряды.

Этика, плоть и боль

*Железной рукой загоним
человечество к счастью.
(Лозунг на воротах Соловецкого
лагеря особого назначения)*

Словосочетание "Медицинская этика" знакомо многим. Под данным понятием скрывается сохранение медицинской тайны, учтливое обращение врачей с пациентами и многое другое, например, право каждого человека иметь собственные моральные и культурные ценности, религиозные и философские убеждения. Как же наивны мы порой бываем... "Чо не проходишь!", "Чо, первый раз что-ли!", "Ну у тебя и вены!", ну и просто: "Больной!!!". Не будем углубляться в данную тематику, про неё будет написана отдельная статья. Со словосочетанием "Биоэтика" автор столкнулся намного позже, получив биологическое образование. Странно, но данная наука не входит в программу, во всяком случае, на биологическом факультете, где он обучался. После беглого ознакомления с основными понятиями сразу же возникли вопросы. Наука показалась слишком "краткой" даже с учётом её молодости. А где, собственно сам краеугольный камень – право отказа пациента как живого разумного существа от любого вмешательства в его жизнь? Почему понятие боли у пациента и врача совершенно разные? Чуть позже добавился и ещё один вопрос - почему подход к данным "деликатным" болезням по-прежнему "позорный"?

Ненадолго снова обратимся к законам. Федеральным законом № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" предусмотрено понятие медицинской помощи как комплекса услуг (статья 2 п.3), понятие медицинской услуги как вмешательства (статья 2 п.4), диагностики, как комплекса медицинских вмешательств (статья 2 п.7), медицинского осмотра как комплекса медицинских вмешательств (статья 46 п.1). Согласно Приказа 302н диагностика входит в состав медицинского осмотра. Право на согласие и право отказа пациента от услуг медицины вроде бы присутствует в Федеральном законе № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации:

Статья 19. Право на медицинскую помощь

5. Пациент имеет право на:

...

4) облегчение боли, связанной с заболеванием и (или) медицинским вмешательством, доступными методами и лекарственными препаратами;

(Данный пункт тоже важен, к нему обратимся чуть позже).

...

8) отказ от медицинского вмешательства;

Но в то же время:

Статья 20. Информированное добровольное согласие на медицинское вмешательство и на отказ от медицинского вмешательства

...

9. Медицинское вмешательство без согласия гражданина, одного из родителей или иного законного представителя допускается

1) если медицинское вмешательство необходимо по экстренным показаниям для устранения угрозы жизни человека и если его состояние не позволяет выразить свою волю или отсутствуют законные представители;

2) в отношении лиц, страдающих заболеваниями, представляющими опасность для окружающих;

3) в отношении лиц, страдающих тяжелыми психическими расстройствами;

4) в отношении лиц, совершивших общественно опасные деяния (преступления);

5) при проведении судебно-медицинской экспертизы и (или) судебно-психиатрической экспертизы.

Дальше по тексту наблюдаем:

Статья 46. Медицинские осмотры, диспансеризация

1. Медицинский осмотр представляет собой комплекс медицинских вмешательств<...>

...

6. В случаях, установленных законодательством Российской Федерации, прохождение и проведение медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения являются обязательными.

Практика показывает, что в на Федеральный закон № 323-ФЗ при защите своих прав в данной ситуации рассчитывать не стоит. В статьях, касающихся обязательных медицинских осмотров (которых зачем-то сделано целых три – 24, 27 и 46), он своим же текстом автоматически исключает и дискредитирует понятия информированного добровольного согласия на медицинское вмешательство и отказа от него. Также Закон содержит много противоречий своим же статьям. Например, статья 24 ("Права работников, занятых на отдельных видах работ, на охрану здоровья") противоречит своему же заголовку, статьям 4 п.1 и 2, статьям 18, 19, 20, подменяет понятия права понятием обязанность. Применение к здоровым работающим (если не доказано обратное) принудительного медицинского вмешательства противоречит условиям и лицам, указанным в п.9 статьи 20. Указанным противоречиям (коллизиям) почему-то до сих пор не уделено должного внимания. В данной ситуации логично защищать интересы большинства, т.е. здоровых, применять более вышестоящие правовые акты. На практике же подобное весьма сложно. Попытки обследуемого против собственного желания здорового человека соблюсти свои конституционные права и права пациента, то есть отказаться от навязываемых медицинских услуг, в том числе болезненных или унижительных, могут привести к отстранению и/или увольнению с работы, что законно и абсурдно одновременно.

Пункт 9.2 подразумевает отсылку к "Перечню заболеваний, представляющих опасность для окружающих" и вполне позволяет насильственное лечение больных ИППП. Выше автор уже приводил случай применения данного подхода в советское время.

Немного о боли. На время опустим унижительность и обязательность некоторых исследований, всегда связанных с обнажением половых органов, независимо от этических или религиозных убеждений обследуемого. Отказаться от данных исследований без наступления карательных последствий в виде отстранения/увольнения с работы даже здорового человека согласно действующему законодательству нельзя. С помощью спекуляции чрезвычайно важным для всех людей понятием здоровья происходит спекуляция другим чрезвычайно важным понятием – трудом. Ближе к практике. Взятие анализа на сифилис не настолько болезненно и неэтично, оно может сочетаться с обычным забором крови из вены на "биохимию". Взятие анализа (соскоба, или как его по-прежнему называют, "мазка") на гонорею у женщин из влагалища проще в силу биологических и физиологических особенностей, в частности из-за размера, чувствительности и эластичности канала, в котором необходимо манипулировать. Мазок обычно берётся из шейки матки при использовании дополнительного гинекологического инструмента – универсального тонкоконечного уrogenитального зонда или зонда-цитощётки с кончиком в виде "ерша". В целом

процедура не отличается от обычного гинекологического осмотра. Ощущения при аккуратной процедуре минимальные и быстро проходящие.

У мужчин (и у женщин, в случае взятия соскоба из уретры) данное инвазивное инструментальное вмешательство – просто "песня". Специально зашершавленный кончик универсального урогенитального зонда (одно из жаргонных названий – "кочерга") толщиной со спичку и длиной примерно с полпальца вставляется в достаточно чувствительное наружное отверстие мочеиспускательного канала. Далее (иногда) пару раз проворачивается. Собственно боль при данном процессе не настолько сильная, всё тоже зависит от аккуратности взятия анализа. "Ягодки" начинаются потом. В течение примерно двух суток после данного анализа, бывает поменьше, бывает подольше, при мочеиспускании возникает вспышка резкой боли. По ощущениям боль сравнима с зубной при сверлении без анестезии. По словам того самого коллеги с давней работы, она сильнее, чем ощущения от проявлений собственно гонореи. Подобный мазок у женщин увеличивает риск инфицирования мочеиспускательного канала и во всём мире он делается только по показаниям (наличие выделений и прочее). Особенно страдают от этого анализа девственницы.

Что же получается – врач, согласно закону, вне лечебного подхода, у подавляющего большинства здоровых людей, проводит болезненный опыт и вызывает одно из проявлений собственно самой болезни, причиняя физические и моральные страдания. О недопустимости болезненных опытов без согласия пациента, как и унижающего человеческое достоинство обращению ясно говорит статья 21 Конституции РФ. Боль связана с разрушением тонкого слоя эпителия в уретре, близостью и обилием нервных окончаний. Без этого нельзя, так как требуется именно соскоблить эпителий. Из других побочных явлений – повреждение стенки или мелких капилляров уретры, из-за чего могут быть поверхностные кровоизлияния, и даже может начать течь кровь. Явление в целом может быть опасным из-за возможности инфицирования или прободения (т.н. травматическая ятрогения), оно неприятное и весьма пугающее. Повреждения могут возникать и при аккуратном взятии анализа. Ещё одна особенность – нежелательность полового акта в течение примерно этих же двух суток по причине опять же резкой боли, мужчины поймут. То есть даже здоровых людей по вине совершенно не научных, а скорее политических прихотей сотрудников известного министерства, угрожающих недопуском к работе или увольнением, принуждают и вынуждают терпеть боль только из-за избрания ими работы в данной отрасли как цели в жизни или судьбы. Доказательная медицина во всём мире десятки лет пытается вразумить как врачей, так и законотворцев, что любое вмешательство в функционирование организма здорового человека несёт только вред. Слегка почесавшись, мы травмируем кожу и можем занести инфекцию. Что уж говорить о "кочерге" в уретре или "ерше" в шейке матки без особых показаний, коих не настолько много и наличие работы на предприятии одним из них отнюдь не является. Указанные факты нисколько не волнуют медиков, мол, не хирургическая операция, всё выполняем по закону. Какие-либо меры уменьшения болевых последствий отсутствуют, несмотря на указанный выше п.5.4 статьи 19 ФЗ №323. Вот такая получается коллективная ответственность...

Уделю внимание ещё одному моменту. Иногда врач принуждает к взятию так называемого ректального мазка. На практике это обозначает, что подразумевается ваше отношение к занятию анальным сексом. Для женщин подобное принуждение обычно не настолько критично, как для мужчин, для которых оно обозначает только одно – врач подозревает вас в, пардон, гомосексуализме. Причём в пассивном. Прикрываться статьёй 21 Конституции о достоинстве личности бесполезно. Для мужчин с нормальной ориентацией такое подозрение крайне оскорбительно, так как в социуме исторически широко присутствуют весьма устойчивые сравнения "по понятиям", взятые из уголовной среды. У врачей, производящих обследования заключённых в исправительных учреждениях даже выработан специальный подход. Останавливаться на нём здесь не будем, поскольку речь идёт о законопослушных тружениках. Опять же в рамках не тюремного, но всё равно обязательного медицинского осмотра, отказаться от унижительного мазка без возникновения карательных, но вполне законных последствий от работодателя невозможно.

Не секрет, что плохая выявляемость ИППП в большой степени связана как раз с естественным, эволюционно закреплённым стыдом и табуированностью темы, с болью при обследовании, а также боязнью "кары" при обнаружении. Наследие Советского Союза, в котором половой акт считался чуть ли не преступлением, частично живо и сегодня. Но если в частном анонимном кабинете с этим делом (в большинстве случаев) всё в порядке, то в государственном диспансере пациент до сих пор

имеет возможность вкусить все прелести "доблестной советской школы венерологии", что называется, в полном объёме. Например, требование выдать обязательно всех партнёров. К этому иногда добавляются угрозы соответствующей административной статьёй "за невыдачу", сообщения на работу и принудительного обследования членов семьи. К счастью, таких случаев немного. Такая псевдозабота и псевдопомощь в итоге приводит только к сокрытию болезней со всеми вытекающими последствиями. Врачи прекрасно знают, что даже сифилис не настолько контагиозен, чтобы проверять кроме половых партнёров вообще всё окружение налево и направо. Прикрыться законами достаточно сложно, они подобное допускают.

Из-за невозможности проверить всех врачи по велению представителей известного министерства (вероятно не наигравшихся в детстве "в доктора"), решили, что называется, "обозначить мероприятие" и "отыграться" на декретированном контингенте, тем более, что всегда известны фамилии и адреса, искать никого не надо. Это в итоге дало видимость "профилактической работы" для обеспечения требований "сверху". На таком фоне выглядит нелепым представление, что проверки только декретированного контингента приведут к снижению общего уровня заболеваемости. Понятно, что причина его совершенно не связана с фактом работы на пищевых предприятиях, а включение работающих там в эпидемиологическую цепочку должно происходить совершенно по таким же принципам, как например, работающих на предприятии машиностроительном, а именно – из-за возможности передачи возбудителя половым путём. Законотворцы из-за невозможности тотального контроля старыми методами, под вымышленным предлогом "охраны здоровья" ловко загнали трудящихся в очередную, хитроумную и хорошо продуманную юридическую ловушку, ставящую на самом деле совсем другие цели. Врачи-венерологи, проводящие обязательные осмотры при этом становятся де-факто заложниками системы и преступниками, так как исполняют приказы, нарушающие Конституцию, этические нормы, права человека, да и, пожалуй, основы самой медицины, как системы помощи, а не насилия. Под видом скрининга и борьбы такое "бдение" плодит весьма неэтичные сущности и приносит неплохой доход, так как даже здоровые люди во многих случаях вынуждены платно подтверждать отсутствие у них ИППП.

Исходя из механизма передачи гонореи и других заболеваний с подобными симптомами, проведение анализа якобы с целью соблюдения законов, профилактики, определения состояния здоровья и применительно к пищевому предприятию (и к ряду других), используя методы шантажа и запугивания представляется крайне неэтичным и, в рамках доказательной медицины, лженаучным, поскольку, как указывалось выше, у возбудителя отсутствует аэрогенный и алиментарный путь передачи. Кроме того, это прямое и грубейшее нарушение прав человека, так как он не может отказаться от навязываемого болезненного медицинского вмешательства из-за угрозы отстранения от работы или увольнения. Вся ситуация напоминает поиск несуществующих ведьм или чёрных кошек в тёмных комнатах (т.е. опасности для производства). Жупел кинут достаточно давно, а учитывая значительно возросшее количество ИППП, сейчас в варианте проверок только "декретированных" он исчерпал себя как метод предупреждения распространения. Ведь даже в нацистской Германии не было проверок тех же работников пищевого производства и тотальных проверок тоже. Даже нацистские врачи следовали научным фактам. Проверяли проституток и военнослужащих, пользующиеся их услугами. Людей, для которых существовала реальная, а не выдуманная опасность заражения. Использование же комплекса агрессивных методов вековой давности в эпоху достаточных знаний о болезни, антибиотиков и барьерных средств предохранения – архаизм и произвол.

Ясно, что специфика способа передачи требует корректировки методов. Обязательность обследования под угрозой недопуска или лишения работы приводит только к росту озлобленности и боязни врачей – ятрофобии и психологической ятрогении, ухудшает и без того невысокое уважение к врачам, что чревато в случае возникновения действительно тяжёлых или карантинных заболеваний. Живой человек ведь не только безликий "клинический материал" и "контингент". Требуется смена подхода, варианты врачам хорошо известны. Тогда вопрос "А как же тогда выявлять?" исчезнет сам собой. Необходимы учёт особенностей конкретного пациента, активная пропаганда знаний при сохранении права пациента отказаться от болезненного и, в подавляющем большинстве случаев, совершенно не нужного для здорового организма вмешательства по любым личным причинам. Обязательное отсутствие негативных последствий за такой отказ. Возможность

элементарного обследования бесплатно по своему желанию. Не настолько сложно и вполне возможно.

Чуть логики и статистики

Самая простая напрашивающаяся логическая цепочка – нет пути передачи – нет связанной с ней опасности – проверка не нужна. В реальности же, как может убедиться читатель, к сожалению, всё не так. О чём было упомянуто выше. Попробуем поразмышлять.

Существует такая штука – квадрат Декарта. Это очень простая техника, основанная на принятии решения после рассмотрения четырёх вопросов. Она позволяет определить прямое/инверсное следствие на основании прямой/инверсной причины. Применим её практически к жупелу, строго следуя свойствам бактерии, приняв 100% вероятность попадания в организм, например, через пищу и при наличии минимальной инфицирующей дозы.

1. Что будет, если это произойдёт (попадание гонококка)?

Человек не заболеет. (Бактерия в пище)

2. Что будет, если это не произойдёт?

Человек не заболеет. (Бактерии в пище нет)

3. Чего не будет, если это произойдёт?

Болезни человека. (Бактерия в пище)

4. Чего не будет, если это не произойдёт?

Болезни человека. (Бактерии в пище нет)

Как видно, следствия 1-2 равны друг другу, инверсны соответственно равным друг другу следствиям для инверсных причин 2-3. То есть при любой ситуации явление отсутствует.

Для сравнения приведу то же самое на примере дизентерии (бактерии рода шигелла, *Shigella* sp.), хотя даже для неё отнюдь не каждое попадание в организм обозначает болезнь.

1. Что будет, если это произойдёт (попадание шигелл)?

Человек, возможно заболеет. (Бактерия в пище)

2. Что будет, если это не произойдёт?

Человек не заболеет. (Бактерии в пище нет)

3. Чего не будет, если это произойдёт?

Возможно, болезни человека. (Бактерия в пище)

4. Чего не будет, если это не произойдёт? (Бактерии в пище нет)

Болезни человека.

Вот такая простенькая "игра". Всё достаточно наглядно и понятно, если элементарно подумать.

Хочется привести (очень сокращённо) ещё одну интересную штукину – пирамиду доказательной медицины. В основании её лежат мнения экспертов, основанные на свойствах. Выше идут случаи. Ещё выше – когортные (групповые) исследования, рандомизированные исследования, критически оцененные статьи и темы. Так вот, ни на один уровень "пищевой" гонококк не проходит по определению. Он завязнет в самом начале, на этапе простой экспертизы. А шигеллы вот пройдут до конца. Желаящие могут проверить и поискать соответствующие источники по обоим возбудителям.

Какие можно сделать предварительные выводы? Практически все они уже были озвучены в тексте. Требования отсутствия гонореи и подобных ИППП как критерия пригодности к работе в пищевой промышленности или отстранение при нежелании даже здорового пройти навязываемый болезненный анализ представляются нелогичными и ненаучными. Кроме того, гонорея в большинстве случаев отнюдь не ведёт к потере физической трудоспособности. Ответственность заболевшего (согласно действующему законодательству) должна лежать полностью на нём, а не на других здоровых людях. Поскольку возбудитель не угрожает производству, значит, в требовании обследования только по факту устройства на работу на пищевое предприятие или для её продолжения присутствует прямой обман пациента. Данный подход можно признать преступлением, что никак не должно сочетаться с медицинской этикой.

Биологически "позорные" болячки в целом тождественны прочим инфекционным. Эпидемиология, да, отличается, так как всегда присутствует резервуар в виде представителей

отдельных социальных групп, в большинстве ведущих т.н. "аморальный" образ жизни с беспорядочными половыми связями. В некоторых случаях эти группы полностью неподконтрольны, наподобие незаконных мигрантов. Ведь даже в советское время с его деспотичным подходом к выявлению и лечению данные болезни так и не исчезли окончательно, поскольку он изначально был рассчитан на выявление и принудительное лечение, а не на предупреждение (Рис.1). Советская венерология, направленная совершенно не на сексуальное воспитание, оказалась бессильной при подъёме уровня заболеваемости в конце 70-х (эпоха Олимпиады-80, небольшая "оттепель в свободе нравов") и в 90-е годы в связи с "сексуальной революцией" и изменением социально-экономических отношений. Да и до этих событий уровень заболеваемости в какой-то мере сдерживался, собственно говоря, самими карательными мерами к заболевшим, народными традициями "до брака ни-ни", "только с женой" и подобными.

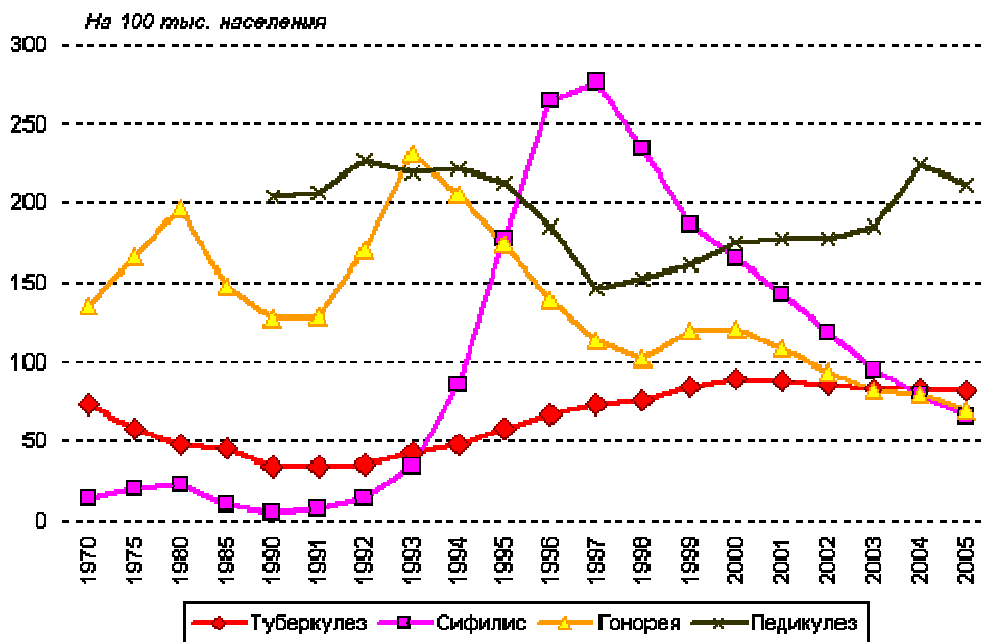


Рис.1 – Статистика заболеваемости на 100000 населения за 1970-2005 годы. Данные открытых источников (Госкомстат)

С сифилисом ситуация несколько отличается из-за ряда специфических факторов: более широких путей передачи, наличия скрытого течения и других. В отличие от гонореи заболеваемость долгое время была весьма низкой. Этому способствовал грамотный организационный подход и не настолько унижительный метод анализа, заключавшийся в простом взятии крови, хотя меры к заболевшим применялись тоже весьма строгие. Согласно данной статистике, интересно положение с туберкулёзом – тут нет и предэпидемиологического статуса. Заболеваемость достаточно низка на протяжении многих лет. По ряду попутно проанализированных автором статей известно, что практически все заболевшие – представители неблагополучных социальных групп, большинство из которых вернулись из мест лишения свободы. Однако всех работающих всё равно заставляют проходить флюорографию раз в год и с помощью методов принуждения и шантажа получать совершенно ненужную дозу облучения. Но вернёмся к теме расследования.

Поскольку точные цифровые данные не приведены, с рисунка сделано их округление по линиям сетки до 5 для удобства восприятия. Получились цифры соответственно по годам: 130, 160, 195, 145, 125, 125, 170, 225, 200, 225, 140, 115, 100, 120, 120, 115, 90, 80, 75, 60. Элементарная статистика по рис.1 позволяет увидеть, что "ужасной эпидемии" гонореи за данный период самом деле нет. Есть несколько так называемых когнитивных ошибок – ошибка наблюдателя, подчинение авторитету, иллюзия контроля (см. Сагу о "Личной медицинской книжке") и другие. Есть фоновая заболеваемость, в среднем 135,75 человек на 100000 населения (0,135%), с достаточно небольшим в рамках выборки средним отклонением – 37,4 (0,037%). Данный фон – дань биологическим особенностям полового поведения нашего вида, не сильно изменившимся за прошедшие тысячелетия, и что, как видим из истории, несколько не привело у гибели цивилизации.

Спад заболеваемости в 2000-е годы можно связывать как с увеличением информированности населения, так и с широким применением презервативов, мало используемых в эпоху СССР и в начале 90-х. Во все указанные периоды, декретированные группы обследовались точно так же, как и сейчас. Среди них, что неудивительно, выявлялись заболевшие, ставились соответствующие "галочки" о проделанной работе, обозначалась "охрана здоровья". Выявляемость болезни у представителей других групп, следуя логике, должна быть ниже, так как их попросту не обследовали поголовно с применением мер принуждения, руководствуясь только статистикой добровольного обращения к врачу. Поскольку в ряде подобных групп часть заболевших может и вовсе не обращаться за помощью, то подобное сравнение приводит к уже указанным выше когнитивным ошибкам и к мнению, что "декретированные" якобы сильнее заражены. Сам подход даёт повод задуматься о нелогичности и низкой эффективности указанных обследований в целях профилактики, так как выявляемость понятие статистическое, а не профилактическое. Понятно, что эпидемиология той же гонореи, за исключением сферы сексуальных услуг, никак не связана с особенностями промышленного производства.

Чуть про саму лженауку. Не стоит думать, что она состоит только из чего-то подобного альтернативной истории или лечения по фотографии. Это ещё и отказ от попыток сверить теоретические выкладки с результатами наблюдений при наличии такой возможности, замена проверок апелляциями к политике, обычаям, "порядку" или "авторитетному мнению", или, что хуже – денежной выгоде. А ещё это использование в основе теории недостоверных данных, либо лежащих в пределах погрешностей статистики или измерения, либо недоказанных положений, либо данных, возникших в результате когнитивных или вычислительных ошибок. В нашем случае присутствует более половины определений из данного списка.

Выводы

На самом деле всё достаточно просто.

Гонорея и подобные ИППП не передаются алиментарно или аэрогенно. За всю историю наблюдения и изучения болезней не зарегистрировано ни одного доказанного случая такой передачи. Понятия "гонорея", "ИППП (ЗППП)", "венерическая болезнь", "венерическая инфекция" и подобные широко используются в различных сферах с целью обмана, принуждения, шантажа или запугивания. Навязываемая проверка в рамках действующих законов на гонорею и подобные ИППП сотрудников пищевых и некоторых других "декретированных" предприятий, как непосредственно работающих с продукцией, так и работников вспомогательных служб именно с целью выявления критерия пригодности к работе научно необоснованна, незачинна, нарушает Конституцию, медицинскую тайну, права пациента, может ущемлять его религиозные убеждения.

Данный феномен имеет идеологические корни и является не чем иным, как нонсенсом с точки зрения биологии и доказательной медицины, принуждением проходить платные и в большинстве случаев ненужные обследования, подменой понятий и спекуляцией ими, обманом пациента. Существующие законы недостаточно полно разделяют работников по виду труда, недостаточно чётко формулируют некоторые определения, не учитывают научные данные, в том числе международный опыт, вынуждают работодателя нарушать медицинскую тайну и исполнять прочие законы, составленные вразрез с понятиями этики, прав человека или его религиозных убеждений. Как следствие из вышеуказанного – оформление личной медицинской книжки также происходит с использованием обмана и принуждения, с вытекающим из этого навязыванием некоторых платных услуг сдачи анализов.

Предложения

Предложение, собственно говоря, только одно, и оно должно само возникнуть в сознании прочитавшего данную статью и понявшего данную проблему. Это пересмотр положений с данными болезнями согласно научным знаниям и современному опыту, с обязательным соблюдением этики и прав человека и пациента, с отменой принуждения, с отвязкой от нелепых требований к ряду производств и профессий.

Литература

1. Амстердамская декларация по правам пациента, 1994 г.
2. Белова-Рахимова Л.В. Пути развития отечественной венерологии в России и СССР (1917-1927гг.) // Вестник последипломного медицинского образования №3. С. 11-24, 2006 г.
3. Воробьев А.А. Медицинская и санитарная микробиология. М. – Издательский центр "Академия", 2003
4. Горшков А.И., Липатова О.В. Гигиена питания. - М.: Медицина, 1987
5. Завьялов А. И. Исторические вехи развития и становления венерологии в России // Рукопись деп. в ЦНМБ ММА им И. М. Сеченова - М, Д № 27650 от 17.03.06 г.
6. Инструкция об обязательных предварительных при поступлении на работу и периодических медицинских обследованиях (утв. главным государственным санитарным врачом СССР 24.12.1987 № 4538-87)
7. Инструкция по проведению обязательных профилактических медицинских обследований лиц, поступающих на работу и работающих в пищевых предприятиях, на сооружениях по водоснабжению, в детских учреждениях и др., от 24 января 1949 г.
8. Инструкция по проведению обязательных профилактических медицинских обследований лиц, поступающих на работу и работающих в пищевых предприятиях, на сооружениях по водоснабжению, в детских учреждениях и др., от 6 февраля 1961 г. N 352-61.
9. Кожные и венерические болезни. Руководство для врачей. В 4 томах. – Т.4/ Под ред. Ю.К. Скрипкина. – М., Медицина, 1996
10. Конституция Российской Федерации
11. Медицинская микробиология, вирусология, и иммунология. В 2-х т. Том 2. /под ред. В.В. Зверева, М.Н. Бойченко. М., – ГЭОТАР-Медиа, 2010
12. Никитина Е.В. Санитария и гигиена питания: учебное пособие / Казан. гос. технол. ун-т. Казань, 2009
13. Павлов С.Т., Шапошников О.К. и др. Кожные и венерологические болезни. – М., Медицина, 1985.
14. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих (утв. постановлением Правительства РФ от 1 декабря 2004 г. № 715)
15. Петровский К.С. Гигиена питания. - М.: 1975
16. Постановление ВЦИК и СНК РСФСР от 27 января 1927 г. "О мерах борьбы с венерическими болезнями"
17. Постановление СНК СССР №1769 от 1 октября 1936 г. "Об обязательном медосмотре лиц, занятых в пищевых предприятиях, в предприятиях по санитарно-гигиеническому обслуживанию населения и на сооружениях по водоснабжению"
18. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 12.04.2011 № 302н "Об утверждении перечней вредных и (или) опасных производственных факторов и работ, при выполнении которых проводятся обязательные предварительные и периодические медицинские осмотры (обследования), и Порядка проведения обязательных предварительных и периодических медицинских осмотров (обследований) работников, занятых на тяжелых работах и на работах с вредными и (или) опасными условиями труда"
19. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 23.07.2010 № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих"
20. Приказ Роспотребнадзора от 20.05.2005 № 402 (ред. от 07.04.2009) "О личной медицинской книжке и санитарном паспорте"
21. Степанова В.И. Санитария и гигиена питания. – Троицкий мост, С-Петербург, 2010
22. ТС 021/2011 "Технический регламент Таможенного союза. О безопасности пищевой продукции"
23. Федеральный закон от 02.01.2000 № 29-ФЗ "О качестве и безопасности пищевых продуктов"
24. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации"
25. Федеральный закон от 30.03.1999 № 52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения"

Вопросы, возникшие при прочтении данной статьи некоторыми людьми (обороты речи сохранены)

1. Чо за бред?

Бред – расстройство мышления, возникновение не соответствующих реальности болезненных представлений и выводов. Автор расстройством мышления не страдает. Все приведённые в статье законы, факты о возбудителе и путях передачи получены из официальных источников и проверяемы. События во многом неформальны, но читатель в какой-то мере может проверить и их, столкнувшись с аналогичными проблемами.

2. Оно те надо?

Надо. Лженаука ведь не только в утверждении существования миллионолетних славянских виман или отрицании эволюции. В официальной медицине их тоже хватает, и они приносят денежку. Это БАДы, чудо-лекарства, чудо-приборы, "вредный холестерин", вымышленные болезни, некоторые якобы действенные методы лечения и диагностики. Через туалет, грязные руки, посуду или недоброкачественную пищу или воду запросто можно получить дизентерию, гепатит А, даже холеру. А вот гонорею – нет, слухи о ней сильно преувеличены. Особенность возбудителя такая, которую по совершенно надуманным причинам успешно и длительно игнорируют. Также бессмысленно проверять для якобы "профилактики", болезнью можно заразиться и через день после проверки. Не проверять же каждый день всё население Земли. Знания и обычный презерватив в данном случае эффективнее на порядки. В данном случае имеем дело больше со статистикой и отчётами для "галочки". Хоть они и не охватывают все группы населения. Представители социально неблагополучных или социально незащищённых групп, как правило, вообще не работают по ряду причин, здесь же – имена, фамилии, адреса известны, хоть запроверяйся. А профилактика на самом деле должна представлять комплекс мер, включая образовательные.

3. А сифилис?

Это гораздо более серьёзное генерализованное заболевание, для которого хотя бы доказаны немногочисленные бытовые способы заражения. Рекомендую вспомнить из истории хотя бы шанкры на губах из-за привычки докуривания сигарет. Проверка на сифилис не настолько неэтична и может сочетаться со сдачей анализа крови. Данная статья про другое заболевание.

4. Врачам виднее, раз проверяют.

Да, вроде как виднее. Но проверяют-то они по велению законов, которые составлены или малограмотно, или не опираясь на науку и доказательную медицину, или людьми без медицинского образования. Каждый год десятки и сотни тысяч женщин заставляют почём зря раздвигать ноги совсем даже не для гинекологического осмотра, а только для взятия мазков; в десятки и сотни тысяч мужчин болезненно тыкают зондом. Даже работающих пенсионеров, дедушек и бабушек за 60-70-80 лет, давно забывших про "утехи", не обходит сия обязательная участь. Как видим, права человека и этика отдыхают. На анализы и обследования тратятся деньги, как пациентов, так и работодателя. На фоне непрекращающихся экономических кризисов, развала государственного здравоохранения, растущего навязывания платных лечебных услуг, подобное выглядит издевательски.