

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ, ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И ДРУГИМИ ИППП В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ: ИСТОРИЧЕСКИЕ, ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И ПРОГНОСТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Обсуждаются статистические, эпидемиологические и медицинские аспекты трёх послевоенных волн подъёма заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь, динамика соотношения сифилис:гонорея. Прослежена связь между заболеваемостью сифилисом, ИППП и ВИЧ-инфекцией, динамика взаимоотношений этих инфекций в последние годы в РБ, проведено сравнение заболеваемости сифилисом в РБ с таковой в соседних странах ближнего и дальнего зарубежья, обсуждается прогноз заболеваемости на ближайшие 10-12 лет. Дается обоснование основных тенденций организации лечения больных сифилисом и ИППП в настоящее время, определены первоочередные задачи по широкому внедрению первичной профилактики ИППП среди различных групп населения.

Ключевые слова: сифилис; инфекции, передаваемые половым путем (ИППП); ВИЧ-инфекция; эпидемиология

Statistical, epidemical and medical aspects of three after war waves of revival of lues disease in Belarus are being discussed, dynamics of correlation – lues:gonorrhoea. The connection between lues disease, sexually transmitted diseases and AIDS, and the dynamics of the relationship of these infections in Belarus during the last years has been inspected, the comparison of lues disease in Belarus with the same one in some foreign countries has been held, the forecast of the illness for future 10-12 years is being discussed. The substantiation of the main tendencies of organization of the patients treatment with lues and sexually transmitted diseases is given at present time, the main aims of a wide introduction of the primary prevention of sexually transmitted diseases among the different groups of the population have been determined. Key words: lues, infection, sexually transmitted diseases, AIDS, epidemiology

В венерологии происходит смена терминологии: вместо термина «венерические болезни», объединявшего 5 заболеваний (сифилис, гонорея, мягкий шанкр, паховая лимфогранулема и гранулема паховая или донованоз), активно внедряется термин «инфекции, передаваемые половым путем (ИППП)», объединяющий уже более двадцати заболеваний этой группы, включая, кроме прочих, трихомониаз, урогенитальный хламидиоз, микоплазмоз, и, наконец, ВИЧ-инфекцию.

Анализ эпидемиологической ситуации с венерическими болезнями и другими ИППП показывает, что динамика заболеваемости развивается по общим законам жизни вселенной, т.е. по законам работы пульсатора: то увеличивается в объеме, то сжимается. Тот факт, что сифилис течет волнообразно, известно со времен F. Ricord (1887) и A. Fournier (1879-1900).

Первые 2 послевоенные волны подъема заболеваемости сифилисом имели практически одинаковую продолжительность- 22-23 года.

Первая из этих волн началась в годы Великой Отечественной войны и достигла своего максимума в 1946 г., когда было зарегистрировано 6878 больных сифилисом. Затем она прогрессивно снижалась до 1955 г., когда было зарегистрировано лишь 78 больных ранними активными формами сифилиса, а вместе с другими формами

сифилиса-251 больной. В период с 1963 г. по 1965 г. интенсивный показатель заболеваемости сифилисом в пределах от 0,7 до 1,2 случая на 100 тыс. населения. На одного больного сифилисом в эти годы приходилось почти 50 больных гонореей [15].

В 1966 г. началась вторая послевоенная волна подъема заболеваемости сифилисом. С 1966 г. по 1975 г. заболеваемость сифилисом возросла в 8 раз (до 10,4 чел. на 100 тыс. населения). На высоте подъема этой волны интенсивные показатели заболеваемости были несравненны ниже, чем в 1946 году.

Обе закончились достижением практически одинакового уровня заболеваемости: 0,7-1,2 случая на 100 тыс. населения в 1965 году и 1,4 случая на 100 тыс. населения в 1988, причем с 1978 по 1989 г. БССР занимала почтенное последнее место по уровню заболеваемости в СССР. Это было достигнуто благодаря активизации работы кожно-венерологической и смежных медицинских и немедицинских служб, дальнейшим развитием диспансерного метода с широким использованием жестких мер борьбы с венерическими болезнями.

Были созданы и активно работали Республиканский, областные, Минский городской, районные штабы и межведомственные комиссии по борьбе с венерическими и заразными кожными болезнями, которые функционировали до конца 90-х годов двадцатого столетия. В 1971 г. вышел Указ Президиума Верховного Совета БССР по усилению борьбы с венерическими болезнями, после чего в Уголовном кодексе БССР появилась 113 статья, предусматривавшая наказание в виде лишения свободы за заведомое заражение, уклонение от лечения, сокрытие источника заражения. Сотни венерических больных по этой статье в период с 1971 г. по 1990 г. были изолированы в исправительно-трудовые учреждения, где заодно получали и специфическое этиотропное лечение имевшихся венерических заболеваний.

Простой анализ документов, регламентировавших деятельность кожно-венерологической службы за 70 лет советской власти в нашей стране, убеждает, что все они чаще защищали интересы не столько больного, сколько общества от венерического больного. В имеющейся медицинской и юридической литературе тех лет можно найти предостаточно утверждений о социальной оправданности применяемых жестких мер к венерическим больным, особенно в привязке к неблагоприятной эпидемиологической обстановке.

С 1981 г. в БССР начался полупериод снижения заболеваемости и в 1988 г. на территории Беларуси было выявлено только 142 больных сифилисом (1,4 случая/ 100 тыс. населения) и на одного больного сифилисом регистрировалось 55 больных гонореей [14, 15].

Третья послевоенная волна подъема заболеваемости сифилисом началась в 1989 г. До 1991 г. она повторяла волну подъема заболеваемости с 1966 г. по 1969 г. Однако с 1991 г. заболеваемость сифилисом стала расти геометрическими темпами. Это совпало с распадом СССР, что привело к обвальному падению производства, разрушению экономических связей и финансовой системы страны, резкому расслоению общества, быстрому росту безработицы, преступности, пьянства, наркомании, резкому падению нравов, особенно среди молодежи, коммерциализации сексуальных услуг, некоторых сбоев противоэпидемической работы в связи с огромным числом больных, появлению большого числа медицинских кооперативов по диагностике и лечению ИППП (без венерологов в их составе, без должной регистрации случаев сифилиса и гонореи во многих из них, в ряде случаев и сокрытие этих диагнозов и без должного эпидрасследования в очагах инфекции). Сегодня

можно утверждать, что отрицательную роль в развитии динамики венерической заболеваемости сыграло и закрытие Белорусского научно-исследовательского кожно-венерологического института в августе 1988 г. – этого признанного республиканского центра организационно-методического и научного руководства кожно-венерологической службой республики.

В результате в 1996 г. зафиксирован максимальный за всю историю Беларуси уровень заболеваемости сифилисом - 21616 случаев, что составило 209,6 случаев на 100 тыс. населения, а с учетом ведомственных мед. служб (Белорусской железной дороги, Министерства обороны, Министерства внутренних дел, Комитета государственной безопасности и др.) число зарегистрированных больных превысило 24 000 случаев. Число больных, зарегистрированных в учреждениях Минздрава РБ в 1996 г., было в 152 раза выше, чем в 1988 г. При этом впервые в истории здравоохранения Беларуси количество официально зарегистрированных статическим управлением МЗ РБ больных сифилисом существенно превысило число зарегистрированных больных гоноре/гонорея стало меньше 1:1, а именно 1:0,6. Для сравнения, в 1988 г. оно было 1:55. В эти годы (1992-1996 гг.) Беларусь по темпам роста заболеваемости сифилисом заняла первое место среди стран СНГ, а по уровню заболеваемости - третье после России и Казахстана [3, 24, 31].

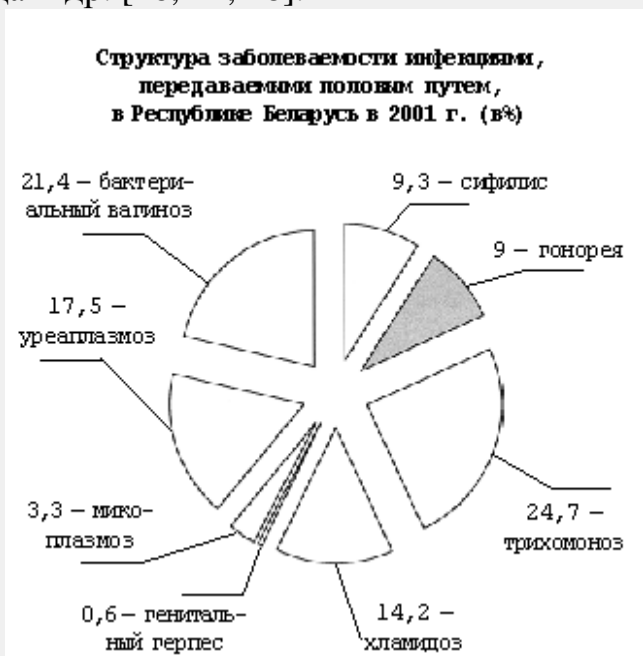
С 1997 г. идет постепенное снижение заболеваемости сифилисом, и в 2000 г. было зарегистрировано в 2 раза меньше больных, чем в 1996 г. А это означает, что темпы снижения заболеваемости во время третьей волны значительно уступают темпам снижения во время первой послевоенной волны подъема сифилитической инфекции - в 1950 г. число новых зарегистрированных больных сифилисом было в 13 раз меньше, чем в 1946 г. За 7 последних лет по данным отдела статистики Минздрава Беларуси сифилисом переболело 105 788 человек, т.е. более 1 % населения страны (без учета больных, проходивших по учреждениям ведомственной медицины) [3, 4]. В 2001 г. было зарегистрировано 8024 больных сифилисом. Несмотря на наблюдающееся снижение заболеваемости сифилисом, эта инфекция остается одной из самых весомых инфекций, передаваемых половым путем. Так, в 1998 г. удельный вес больных сифилисом в общей структуре ИППП составил в 1998 г. 27,9 %, в 1999 г. – 21,4 %, в 2000 г. – 19,1 % , уступая лишь трихомониазу (в 1998 г. – 30 %, в 1999 г. – 35,3 %). Если полуволна снижения заболеваемости будет длиться 13 лет, как и во время второй волны сифилиса, а темп снижения будет около 20 % в год, как сейчас, то минимальный уровень заболеваемости в период максимального снижения будет почти в 10 раз выше, чем в 1988 году, и может даже превысить пик подъема второй волны сифилиса в 1975 г. Вместе с тем во многих регионах России – наших соседей – наблюдается снижение темпов спада заболеваемости сифилисом, и российскими специалистами прогнозируется даже некоторый подъем заболеваемости в 2003-2004 г.г.

Эпидемиологическая ситуация с заболеваемостью сифилисом в европейских странах СНГ в последние 10 лет сильно контрастирует с уровнем заболеваемости сифилисом в США и странах Западной Европы, где уже более 15 лет интенсивные показатели заболеваемости практически не превышали 6 случаев на 100 тысяч населения, и даже со странами Балтии, где заболеваемость в 2-4 раза ниже, чем в Республике Беларусь [4].

После вспышки ВИЧ-инфекции среди шприцевых наркоманов в г. Светлогорске Гомельской области в 1996 –1998 г.г. (за три года было выявлено в городе и районе

более 1250 ВИЧ-инфицированных) Беларусь вошла в лидеры среди стран СНГ и Европы по заболеваемости ВИЧ-инфекцией. На 01.09.2002 г. в республике зарегистрировано 4548 ВИЧ-инфицированных, хотя по прогнозу эксперта штаб-квартиры ВОЗ Стефано Лазари, оглашенному в ноябре 2001 г. в г. Минске, реальное число ВИЧ-инфицированных в Беларуси находится в пределах 5-13 тысяч. Беларусь занимает на 01.07.2002 г. третье место в СНГ по количеству выявленных ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом.

Рост заболеваемости приобретенным сифилисом сказался и на заболеваемости врожденным сифилисом, который стал ежегодно регистрироваться с 1993 года. Наибольшее число случаев врожденного сифилиса было зарегистрировано в 1998 г. – 23 случая, в 1999 г. – 18, в 2000 г. – 6, в 2001 г. – 8 случаев. Как правило, матери детей с врожденным сифилисом во время беременности не состояли под наблюдением акушера-гинеколога по месту жительства, до поступления в роддом не обследовались на сифилис, скрывали беременность до последнего момента от родственников и знакомы или занимались коммерческим сексом. Наши исследования показали, что 64 % женщин больных ранним скрытым сифилисом были в детородном возрасте, а удельный вес беременных среди больных сифилисом женщин в Республике Беларусь в 1996 – 2000 г.г. составлял 8,1-8,8 %. У женщин, больных ИППП, чаще встречается внематочная беременность, досрочные роды, мертворождения, низкий вес и патология плода и др. [16, 24, 28].



Оценивая динамику эпидемиологических характеристик контингентов больных сифилисом за последние годы, необходимо отметить нарастание удельного веса неработающих среди больных - с 9 % в 1989 г. до 48 % в 2000 г.; опережающие темпы роста заболеваемости сифилисом сельского населения. В результате в 2000 г. заболеваемость сельского населения (93,2 случаев/100 тыс. сельского населения) почти приблизилась к заболеваемости городского населения (110,4 случаев/100 тыс. городского населения). У женщин наиболее высокий уровень заболеваемости сифилисом регистрируется в возрастной группе 18-19 лет (в 1996 г. – 987,6, а в 2000 г. – 377,6 случаев/ 100 тыс. населения данного возраста и пола). К примеру, в 2000 г. из зарегистрированных 1243 новых случаев сифилиса у подростков 18-19 лет 909 (73 %) были лица женского пола. Заболеваемость мужчин была постоянно наивысшей в возрастной группе 20-29 лет (в 1996 г. – 659,0, а в 2000 г. – 308 случаев/100 тыс.

мужчин данной возрастной группы). Заболеваемость женщин в возрастной группе 20-29 лет практически сравнивается с таковой у мужчин, а в более старших возрастных группах среди вновь зарегистрированных больных преобладают мужчины. Учащиеся школ и студенты составляли в последние годы около 1 % всех случаев заболеваний, учащиеся профессионально-технических училищ – около 5 %.

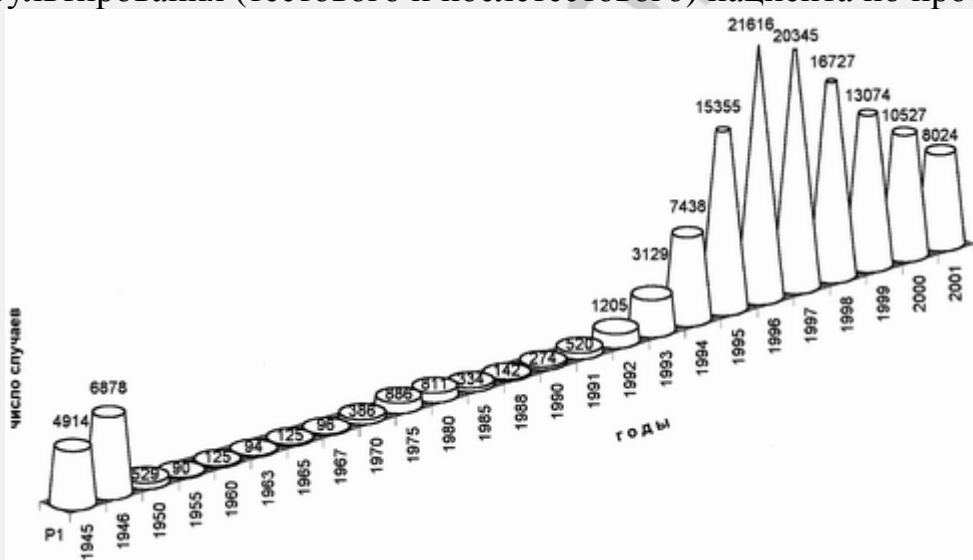
Из материалов анализа структуры заболеваемости имевших место волн подъема заболеваемости сифилисом известно, что при снижении заболеваемости повышается удельный вес больных скрытыми формами инфекции, ранними формами сифилиса нервной системы и внутренних органов. Современный патоморфоз нейросифилиса заключается в преобладании ранних форм нейросифилиса над поздними; в изменении полового, возрастного и социального составов больных манифестным нейросифилисом – чаще регистрируется у молодых, соматически здоровых женщин (61,5 % всех случаев); в нарастании удельного веса васкулярных форм нейросифилиса с психотическим, гемиплегическим или эпилептиформным синдромами [7, 11, 17, 21, 22, 25, 31]. По нашим наблюдениям и по данным литературы участилась регистрация ранних форм нейросифилиса с яркой клинической картиной, нарастает частота поражений слухового и зрительного нервов [10, 11, 17, 21, 29]. Манифестные формы позднего нейросифилиса, которые всегда приводят к утрате трудоспособности, как правило, возникают на фоне скрытого сифилитического менингита, являющегося одной из наиболее часто регистрируемой форм раннего поражения нервной системы при сифилисе [10, 17, 21, 30]. На фоне широкого применения пролонгированных форм пенициллина для лечения ранних форм сифилиса в последние 8 лет существенно чаще стали регистрироваться случаи серорезистентности. Показана связь между задержкой негитивации серологических реакций после лечения заразных форм сифилиса и выявляемыми при этом в 20 % случаев сифилитическими поражениями ЦНС [7, 11, 22].

Актуальной проблемой сифилидологии является дальнейшее совершенствование методов и схем лечения больных разными формами болезни. Базируясь на опыте других стран СНГ, ВОЗ, США и на большом собственном опыте лечения больных сифилисом в Республике Беларусь авторским коллективом под руководством доцента В.Г. Панкратова была разработана и в 2002 году утверждена Минздравом новая инструкция по лечению и профилактике сифилиса. На данном этапе научный и практический интерес представляет изучение ближайших и отдаленных результатов лечения больных манифестными, скрытыми, ранними и поздними формами сифилиса, нейросифилисом, сифилиса у беременных и детей; разработка оптимальных протоколов диагностики и лечения больных различными клиническими формами сифилиса [12, 15, 16].

Третья эпидемическая волна сифилитической инфекции практически началась и продолжается на фоне пересмотра отношения жителей Беларуси к общечеловеческим ценностям, присоединения Беларуси к международным соглашениям в области прав человека, принятия Верховным Советом Республики закона о здравоохранении, нового Уголовного кодекса РБ, в котором уже отсутствует статья об уголовной ответственности за уклонение от лечения и сокрытие источника заражения. Все это требует поиска новых форм работы кожно-венерологических учреждений, направленных на восстановление доверия больных ИППП и населения в целом к дерматовенерологическим учреждениям [12, 13, 15].

В г. Минске и во всех областных центрах и городах областного подчинения уже много лет работают кабинеты анонимного обследования и лечения больных инфекциями, передаваемыми половым путем; большинство больных ранними формами сифилиса получают амбулаторное лечение препаратами бензатин бензилпенициллина; хорошо поставленное серологическое обследование групп риска, доноров, беременных, стационарных больных позволяет контролировать эпидемиологическую ситуацию; большое внимание уделяется внедрению международных принципов первичной профилактики ИППП. Можно констатировать, что жизнь подтвердила правильность решения об открытии при КВД кабинетов анонимного обследования и лечения больных ИППП. Здесь сегодня выявляется более 10 % больных сифилисом и 22-28 % больных гонореей, почти 50 % другими ИППП. А тот факт, что 73-78 % больных сифилисом получают сейчас лечение амбулаторно препаратами бензатин бензилпенициллина, имеет не только важное психологическое значение (ведь лечение идет без отрыва заболевшего от семьи, трудовой и общественной деятельности), но и обеспечивает огромный экономический эффект для нашей Родины.

И хотя за последние 7-8 лет в Республике Беларусь произошли значительные положительные перемены в сфере медицинских услуг населению по ИППП, в первую очередь в области прав человека, демократизации, однако действующая государственная система оказания медицинской помощи больным ИППП по-прежнему характеризуется излишней перестраховкой, недостаточной конфиденциальностью при бесплатной форме обслуживания, отсутствием консультирования (тестового и послетестового) пациента по проблеме ИППП [2, 3, 5].



Заболеваемость сифилисом населения Республики Беларусь в 1945 — 2001 гг. (в абсолютных цифрах)

Высокий уровень заболеваемости сифилисом и другими ИППП прогностически неблагоприятен, так как эти заболевания в среднем в 4 раза повышают риск заражения ВИЧ и способствуют дальнейшему развитию в нашей стране эпидемии ВИЧ-инфекции [5, 9, 26, 27, 32]. В Республике Беларусь эпидемиологическое неблагополучие сложилось не только сифилису и ВИЧ-инфекции. Весьма высоки и в последние годы имеют тенденцию к повышению уровни заболеваемости урогенитальным хламидиозом – 122,4 случаев/100 тыс. населения, трихомониазом соответственно 212,5 случаев. Заболеваемость гонореей не столь высока (98,8 – 78,1 случаев/100 тыс. населения), но, по мнению ведущих венерологов и организаторов

здравоохранения, цифры официальной регистрации не соответствуют истинной картине распространенности этой ИППП. Всего по данным официальной регистрации в 2000 году заболели различными ИППП 77 000 человек, в 2001 г. – уже более 86 000, что немногим менее 1 % населения Беларуси. По данным же прогноза ежегодно в нашей стране заболевают ИППП около 400 000 человек. С учетом других болезней, которые могут передаваться при половых контактах (ВИЧ-инфекция, гепатит В, чесотка, папилломавирусная и цитомегаловирусная инфекция, урогенитальный кандидоз, остроконечные кондиломы, контагиозный моллюск и другие – всего около 30 нозологических форм), истинное число больных может удвоиться (до 800 000 больных и более), что согласуется с данными ВОЗ о широкой распространенности этих инфекций. По данным Республиканского центра гигиены и эпидемиологии суммарная заболеваемость населения болезнями, передаваемыми половым путем, в расчете только по 8 нозологическим формам составила в 2001 году 864,8 случаев на 100 тыс. населения и стала существенно выше показателя 2000 года [4, 6, 12].

До 70 % случаев ИППП приходится на возраст 15-24 года. Эти заболевания в данной возрастной группе вызывают большинство осложнений репродуктивного здоровья, включая возникновение бесплодия [1, 18-20]. Показатель заболеваемости сифилисом, являющийся маркером рискованного сексуального поведения, среди подростков 15-19 лет более чем в 2 раза выше, чем общая заболеваемость населения [13]. Велики социальные последствия нынешней эпидемии ИППП. Особенно наглядно ее влияние на репродуктивное здоровье населения. Так, если уровень бесплодия среди молодых супружеских пар в республике в середине 60-х годов составлял 6,5 %, то в конце 90-х он приблизился к 20 %. В 90 % случаев причиной его являются перенесенные в юношеском возрасте одним или обоими супругами ИППП.

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация с ИППП в республике требует разработки новых профилактических программ и протоколов их выполнения. В последнее десятилетие при разработке таких программ традиционно идет речь об интеграции кожно-венерологической, акушерско-гинекологической, урологической и реже санитарно-эпидемиологической служб по профилактике ИППП/ВИЧ-инфекции [2, 23,]. Примером такого подхода к разработке профилактической программы может быть российский опыт борьбы с сифилисом в республиках Тува и Хакасия [25]. Мы полагаем, что разработка этих программ нашей кафедрой становится особенно актуальной в настоящее время, когда в Беларуси отсутствует республиканский организационно-методический центр кожно-венерологической службы, в задачи которого и должна была входить разработка таких регламентирующих документов.

Особенностью современного подхода к разработке профилактических программ является необходимость проведения предварительных социологических исследований [5,8], направленных на изучение особенностей сексуального поведения различных групп населения, особенно групп высокого риска заражения ИППП/ВИЧ-инфекцией и подростков [8, 9]. По мнению экспертов ВОЗ, область ИППП является одной из самых рентабельных областей здравоохранения [5, 33]. Деньги, вложенные в профилактику ИППП, очень быстро окупаются, поскольку снижение ИППП напрямую связано с замедлением распространения ВИЧ-инфекции, снижением числа случаев врожденной патологии, снижением уровня многочисленных репродуктивных нарушений и затратами на их лечение; ростом уровня рождаемости, снижения смертности, инвалидности, временной утраты трудоспособности и улучшением демографической

обстановки; нормализацией нравственного состояния общества; быстрым снижением расходов государства на лечение больных.

В странах Западной Европы доминирует половой путь передачи ВИЧ-инфекции, например, во Франции он составляет 70 %. Преобладание в Беларуси парентерального пути передачи ВИЧ (почти 80 % больных ВИЧ-инфекцией заразились именно этим путем) связано со слабым контролем над наркоманией на отдельных территориях и эпидемическими вспышками ВИЧ-инфекции среди лиц данной группы риска. По мере развития эпидемии ВИЧ и усиления контроля над распространением наркотиков половой путь передачи ВИЧ будет нарастать. Особо негативную роль при этом будут играть ИППП, поскольку они значительно увеличивают риск передачи ВИЧ-инфекции (в популяции в среднем в 4 раза) при половом контакте [26, 27]. Статистический расчет показывает, что сегодня за счет очень высокого уровня заболеваемости ИППП потенциальный риск заражения ВИЧ-инфекцией при половом контакте для сексуально активного жителя Беларуси выше, чем для жителя Западной Европы, в 200-400 раз.

Эксперименты в различных странах мира по контролю за ВИЧ путем максимально полного выявления и лечения больных ИППП (Танзания, Уганда и др.) показали, что при выполнении данного условия в течение года возможно сокращение темпов распространения ВИЧ на 42-45 %. Особенно эффективной была работа по профилактике СПИДа путем контроля за ИППП на территории с невысоким (ниже 3-5 %) уровнем распространенности ВИЧ-инфекции [5, 32, 33]. Все это доказывает, что усиление в республике контроля над ВИЧ напрямую связано со снижением уровня ИППП. Многочисленные публикации последних лет говорят о разнообразных возможностях при планировании и проведении мероприятий по контролю за ИППП/ВИЧ-инфекцией [8, 9, 12, 33]. Отсутствие адекватных ситуации мер приведет к взрывному характеру эпидемии ВИЧ и огромным расходам на терапию больных.

Учитывая близость путей передачи, сходные группы населения, наиболее подверженные риску заражения, взаимное влияние ВИЧ-инфекции и ИППП ВОЗ предложила и активно внедряет в странах европейского региона новый подход к мониторингу СПИДа, основанный на одновременном контроле случаев ВИЧ-инфекции, ИППП и сексуального поведения населения. Поэтому разработка адаптированной для Беларуси программы первичной профилактики ИППП/ВИЧ-инфекции, включающей проведение поведенческих исследований в различных группах риска на заранее определенных территориях и приблизительно в одно и то же время, а также протоколов эпидемиологического надзора за ИППП/ВИЧ-инфекцией является не только актуальной, но и злободневной проблемой современного здравоохранения.

Литература

1. Арал С.О. Заболевания, передаваемые половым путем: значение, определяющие факторы и последствия.// Инфекции, передаваемые половым путем.- 2001.- №5.- с.23-27.
2. Барабанов Л.Г., Навроцкий А.Л., Барабанов А.Л. Эпидемиологическая ситуация по венерическим болезням в Беларуси // Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней. Материалы IV съезда дерматологов и венерологов Республики Беларусь (г.Гомель, 29-30 ноября 2001 г.)- Минск. – 2001. – С. 14-17.
3. Барабанов Л.Г., Навроцкий А.Л. Новые подходы в организации лечения,

профилактики и борьбы с ИППП.// Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней. Материалы IV съезда дерматол. и венерол. Республики Беларусь (г.Гомель,29-30 ноября 2001 г.).- Минск.- 2001.- с.17-21.

4. Барабанов Л.Г., Навроцкий А.Л. О состоянии заболеваемости и задачах кожно-венерологической службы Республики Беларусь в 2000-2001 году.// Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней. Материалы пленума Белорусского научного медицинского общества врачей дерматологов и венерологов (Полоцк, 28 июня 2000 г.).- Минск.- 2000.- с.9-13.

5. Второе поколение эпидемиологического надзора за ВИЧ: следующее десятилетие. Методические рекомендации. Всемирная организация здравоохранения и Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (перевод на русский язык – октябрь 2000 г.). - 40 с.

6. Гельминтозы, протозоозы, трансмиссивные зоонозные, заразные кожные и венерические заболевания в Республике Беларусь. Информационно-аналитический бюллетень за 2001 год./А.Л. Веденьков, С.Е.Яшкова, Н.С.Себут.- Минск. -2002. -46 с.

7. Данилов С.И. Критерии диагностики, иммунокоррекция и реабилитация больных с серорезистентностью после лечения сифилиса: Автореф. дис. ...д-ра мед. наук: 14.00.11. / С.-Петерб. гос. мед. акад. им. И.И.Мечникова. –СПб., 1996. – 38 с.

8. Евсеенко И.А. Роль и место социологических исследований в работе по первичной профилактике ИППП/ВИЧ/СПИД.// Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней. Материалы пленума Белорусского научного медицинского общества врачей дерматологов и венерологов (Полоцк, 28 июня 2000 г.).- Минск.-2000.- с.18-21.

9. Калмыкова И.В., Дубовская Л.К., Шматова Г.Д. Факторы риска заражения ИППП и ВИЧ-инфекцией среди подростков – воспитанников детских домов.// Инфекции, передаваемые половым путем.- 2001.- №5.- с.23-27.

10. Лосева О.К., Тактамышева Э.Ш. Современный нейросифилис: клиника, диагностика, лечение // Русск. мед. журнал. – 1998. - № 15. – С.981-984.

11. Лукьянов А.М. Клинико-иммунологическая характеристика, диагностика и лечение больных нейросифилисом и серорезистентным сифилисом: Дисс. ... канд мед. наук. – Минск. –2000. – 157 с.

12. Навроцкий А.Л. Проблемы профилактики ИППП в Республике Беларусь и пути их решения.// Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем, и кожных болезней. Материалы пленума Белорусского научного медицинского общества врачей дерматологов и венерологов (Полоцк, 28 июня 2000 г.).- Минск.-2000.- с.35-41.

13. Панкратов В.Г., Навроцкий А.Л. Заболеваемость сифилисом среди лиц подросткового и юношеского возраста.// Охрана репродуктивного здоровья подростков: Сб.науч.-практ. материалов/ Под общ. ред. Г.Шишко.- Мн.: МГМИ, 2000.- с.36-40.

14. Панкратов В.Г. Уроки послевоенных волн подъема заболеваемости сифилисом в Республике Беларусь // Материалы конференции «Охрана и укрепление здоровья. Международный и отечественный опыт». Москва. – 2001. –С.19-20.

15. Панкратов В.Г. Эпидемии сифилиса на территории Республики Беларусь в послевоенные годы двадцатого столетия: уроки прошлого, проблемы и перспективы

- //Материалы 9-й Республиканской научной конференции по истории медицины «Профилактическая медицина: уроки прошлого – перспективы будущего», посвященной 60-летию Рогачевского общественного движения за санитарную культуру. 21-22 июня 2001 г. – Минск. – 2001. – С.152-155.
16. Панкратов О.В. Сифилис у беременных в Республике Беларусь: эпидемиология, течение и исходы беременности // Патогенез, диагностика, терапия и профилактика инфекций, передаваемых половым путем и кожных заболеваний: Сб. матер. науч. тр. – Минск, 2000. – С. 96-99.
17. Разнатовский И.М., Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Специфические поражения нервной системы у больных ранним приобретенным сифилисом // ЗППП. – 1996. - № 1. – С.18-22.
18. Репродуктивное здоровье. Проблемы и возможности. Психологические аспекты репродуктивного здоровья. №4, октябрь-декабрь 2001 г.
19. Репродуктивное здоровье. Проблемы и возможности. Репродуктивное здоровье мужчин и женщин. №2, апрель-июнь 2001 г., 8 с.
20. Репродуктивное здоровье. Проблемы и возможности. Репродуктивное здоровье подростков и молодежи. №3, июль-сентябрь 2001 г., 8 с.
21. Современные представления о нейросифилисе /А.О.Олисов, Н.С.Потекаев, А.В.Дударев и др. // Вестн. дерматол. и венерол.- 1999. - № 3. – С.52-54.
22. Соколовский Е.В. Серологическая резистентность после лечения сифилиса (причины и факторы развития, профилактика и лечение): Автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.00.11./С.-Петербург.гос.мед.ун-т им. С.П.Павлова. –СПб., 1995. – 40 с.
23. Сухова Л.П., Щербаков В.М. Опыт работы по интеграции деятельности дерматовенерологической службы с акушерско-гинекологической, урологической, санитарно-эпидемиологической службами в крупном промышленном городе. Инфекции, передаваемые половым путем.- 1999.- №4.- с.44-47.
24. Тихонова Л.И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации./ Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Рабочее совещание дерматовенерологов и акушеров гинекологов. Москва, 16 апреля, 1999 г., с.2-3.
25. Тихонова Л.И., Борисенко К.К., Тоскин И.А. О региональной программе «Улучшение эпидемиологической ситуации с ИППП (сифилисом) в Республике Тыва на период 1999-2000 гг.» // Инфекции, передаваемые половым путем.- 2001.- №5.- с.48-50.
26. Флеминг Д.Т., Вассерхайд Дж.Н. Влияние других заболеваний, передаваемых половым путем, на половую передачу ВИЧ-инфекции: от эпидемиологической синергии к политике и практике здравоохранения.// Инфекции, передаваемые половым путем.- 1999.- №5.- с.7-19.
27. Челюста А., Иен-Мур А, Ван дер Стратен М., Карраско Д., Тайринг С.К. Заболевания, передаваемые половым путем, у ВИЧ-инфицированных пациентов.// Инфекции, передаваемые половым путем.- 2002.- №1.- с.29-40.
28. Черняева В.И., Ушакова Г.А., Шуйкина Е.П. Особенности течения беременности, родов, исход для матери и плода у больных сифилисом // Журн. акушерства и женских болезней. – 1998. – Спец. выпуск. – С. 129-130.
29. Штульман Д.Р., Лосева О.К., Тактамышева Э.Ш. Клиника, диагностика и лечение современного нейросифилиса. Часть I. // ИППП. – 1999. - № 2. –С.22-25.

30. Штульман Д.Р., Лосева О.К., Тактамышева Э.Ш. Клиника, диагностика и лечение современного нейросифилиса. Часть II. // ИППП. – 1999. - № 3. –С.12-15.
31. Яцуха М.В., Козырева Л.Т., Бобкова И.Н., Аверина В.И. Сифилитическая инфекция в России в период бурного развития и угасания эпидемического процесса / Инфекции, передаваемые половым путем.- 2002.- №1.- с.41-43.
32. Lamptey P.R., Price J.E. Применение принципов социального маркетинга в целях профилактики ЗППП и ВИЧ-инфекции: ориентированный на клиента подход к изменению поведения. Social marketing sexually transmitted disease and HIV prevention: a consumer-centred approach to achieving behaviour change./AIDS 1998;12 Suppl. 2:S1-9.
33. Stark M.J., Tesselaar H.M., Oconnell A.A. et al. Psychosocial factors associated with the stage of change for condom use among women at risk for HIV and STDs: implication for intervention development./J Consult Clin Psychol 1998 Dec; 66(6): 967-978.“