

*Орозбекова Б.Т.*

**АНАЛИЗ ВЫЯВЛЯЕМОСТИ ИНФЕКЦИЙ, ПЕРЕДАВАЕМЫХ ПОЛОВЫМ ПУТЕМ (ИППП) ПО ЛЕЧЕБНЫМ УЧРЕЖДЕНИЯМ ОШСКОЙ ОБЛАСТИ**

*Orozbekova B.T.*

**THE ANALYSIS ВЫЯВЛЯЕМОСТИ INFECTION, SENT SEXUAL BY WAY (ISSW) ON MEDICAL INSTITUTIONS OSH AREA**

УДК: 616. 97:616. 981. 23

*В статье представлена уровень выявляемости, место выявление больных ИППП, сравнительная характеристика выявляемости лечебно профилактическими учреждениями Ошской области за период с 2001 по 2007 гг. Также, уровень осведомленности населения о гарантированной медицинской помощи, оценка качества лечения больных ИППП, частота неудовлетворенности пациентов и экспертов обследованием данной инфекции.*

**Ключевые слова:** ИППП, эпидемия, профилактика, фактор, распространение, выявить, оценка, уровень знания, гарантированная медицинская помощь

*In article is presented level reveals, place discovery sick ISSW, comparative feature reveals medical preventive institutions Osh area for period with 2001 on 2007 yy. Also, level to privities of the population about guaranteed medical help, estimation quality treatments sick ISSW, frequency to dissatisfactions patient and expert by examination given to infections.*

**Key words:** ISSW, epidemic, preventive maintenance, factor, spreading, reveal, estimation, level of the knowledge, guaranteed medical help.

До эпидемической вспышки научные исследования были сосредоточены главным образом на решении проблем клиники, диагностики венерических болезней [17].

В своей монографии “Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины)” Р.Флетчер с соавт. (1998) дают следующее определение профилактики – “это действие, направленное на предупреждение события”.

Большинство авторов отмечают, что профилактические мероприятия в отношении ИППП должны включать, прежде всего, систему сексуального образования детей и подростков, бесплатную раздачу средств индивидуальной профилактики, а также свободный доступ к информации интимно-медицинского характера [1;2;4;5;11;12;15;23]. Данные литературы свидетельствуют, что в ряде зарубежных стран грамотное гигиеническое воспитание оказало существенное влияние на уровень заболеваемости ИППП. Так, пропаганда безопасного секса в Швейцарии привели к снижению заболеваемости ИППП и увеличению числа сексуально-активных лиц, пользующихся презервативами [24]. По данным А. Raj, R.H. Pollack (1995), М.В. Баева (2001) профилактическая работа среди женщин, зарабатывающих на жизнь проституцией,

способствует резкому повышению частоты использования презервативов, а это в свою очередь приводит к снижению заболеваемости сифилисом, гонореей, хламидиозом и другими ИППП.

Н.В. Лузан, Е.В. Зайцева (2001) предлагают оригинальную систему профилактики ИППП среди несовершеннолетних, которая включает этиопсихологический, социально-психологический и медицинские компоненты. Все эти аспекты могут использоваться как в отдельности, так и вместе, но наибольший эффект профилактических действий достигается при использовании всех трёх предполагаемых компонентов.

Ю.К. Скрипкин с соавт. (2001) с учётом происшедших в СНГ социально-экономических перемен, рекомендуют стратегию профилактики ИППП, которая должна быть направлена, в первую очередь, в сторону изменения моделей поведения людей, приводящих к заражению ИППП. Авторы считают, что основная профилактическая деятельность по предупреждению дальнейшего распространения вторичных заболеваний среди населения должна происходить по двум направлениям: улучшение общего обеспечения лечебно-диагностической помощи населения и проведения превентивных и лечебных мероприятий.

Особенно, по мнению П.И. Тихоновой (1992), требуется оптимизировать мероприятия по активному влиянию больных при всех видах профилактических осмотрах.

В этой связи, В.И. Кулагин с соавт. (2001) в целях профилактики ИППП среди женщин фертильного возраста определяют дерматовенерологической службе следующие приоритетные задачи:

- совершенствование системы профилактических осмотров с соблюдением принципа территориальности кожно-венерологическими диспансерами;
- интеграция дерматовенерологической, акушерско-гинекологической, урологической других служб для профилактики врождённого сифилиса;
- предупреждение распространения ИППП среди социально дезадаптированных контин-

гентов.

Между тем в работах А.А. Кубановой (2000, 2002), А.В. Бобрик (2002), Л.П. Зуева (2004), подчёркивается, что основной стратегической задачей в настоящее время должно стать создание интегрированной национальной системы профилактики ИППП и ВИЧ-инфекции, поскольку эти заболевания представляют угрозу здоровью нации, а многие мероприятия будут эффективны, если проводятся совместно в национальном масштабе.

Таким образом, проведенный анализ литературы свидетельствует об актуальности проблемы ИППП как за рубежом, так и в Кыргызской Республике. Эпидемическое распространение ИППП в значительной степени сопряжено с отсутствием концептуальных подходов в организации эпидемиологического надзора и профилактики, эпидемиологической направленности проводимых научных исследований. Изменившаяся общественно-экономическая ситуация, а также повсеместный рост заболеваемости ИППП, настоятельно требует внедрение инновационных технологий в системе эпидемиологического надзора и профилактики. Это касается и Кыргызской Республики, в который уровень распространенности ИППП остается достаточно высоким. Отметим, что углубленное изучение эпидемиологического процесса ИППП, имеющее отношение к репродуктивному здоровью женщин является одной из важнейших задач эпидемиологии и общественного здравоохранения на современном этапе. К тому же анализ литературы свидетельствует, что среди женщин фертильного возраста наиболее часто выявляются заболевания хламидийной этиологии, микоплазмоз, уреаплазмоз, герпес, составляя примерно 60-65% обращений в женские консультации. В подавляющем большинстве случаев ИППП “нового поколения” протекают, как правило, без выраженной клинической симптоматики, что предъявляют особенно высокие требования к их лабораторной диагностике. Заметим, что последнее обстоятельство актуально для органов и учреждений здравоохранения нашей республики.

В заключение отметим, что основными проблемами современной венерологии являются:

- эпидемический рост сифилиса;

- широкое распространение «новых» ИППП (урогенитальный хламидиоз, генитальный герпес, микоплазмозы и т.д.)

- резкое омоложение носителей ИППП. Заболеваемость среди подростков в отдельных регионах составляет более 800 на 100000 соответствующего возраста.

- произошли существенные перемены в социальном и имущественном статусе населения. Повышение финансовых возможностей переводит людей в группу повышенного риска;

- одновременное обнаружение у пациента нескольких инфекций с различными подходами к диагностике и лечению, что служит основой для проведения неадекватной и несвоевременной терапии;

- трудности регистрации и контроля ИППП в условиях рыночной экономики и частной практики

- выраженные миграционные процессы населения, локальные конфликты, «прозрачность» границ со странами СНГ.

Вышеизложенное обуславливает необходимость активного комплексного воздействия на все стороны эпидемического процесса и определяет приоритетное направление системы профилактики ИППП. Недостаточность исследования в Ошской области КР работ названного направления и определило актуальность выбранного нами исследования.

Больные сифилисом в основном выявляются в ООКВД и относительно редко в ЦСМ (табл 1). В 2006-2007 гг. в Кара - Кулжинском районе ЦСМ выявлен 5 (35,7%) больных от числа зарегистрированных, в Алайском – 4 (23,5%) и Чон-Алай – 0, что не соответствует эпидемиологическим данным. В ЦСМ г. Ош не выявлено ни одного больного и отчитывается он по данным ООКВД, которым выявлено 177 (70,8%) из числа зарегистрированных больных сифилисом.

В ООКВД относительно прошлых лет произошло снижение выявляемости больных сифилисом, что обусловлено переходом ООКВД на сооплату в систему «Единого плательщика» [17].

В итоге услуги стали платными, что резко ограничило обращаемость пациентов в ООКВД, хотя цены не превышали прейскурантные.

Таблица 1

Уровень выявляемости сифилиса ЦСМ по Ошской области, 2006-2007гг.

Регион Ошской области	Всего зарегистрировано	Из них тип лечебного учреждения					
		ЦСМ		ООКВД		Другие	
		Число	%	Число	%	Число	%
г. Ош	250	0	0	177	70,8	73	29,2
Кара-Кулжинский р-н	14	5	35,7	9	64,3	0	0,0
Узгенский р-н	16	8	50	8	50,0	0	0,0
Алайский р-н	17	4	23,5	13	76,5	0	0,0
Араванский р-н	105	51	48,6	54	51,4	0	0,0

Чон-Алайский р-н	27	13	48,1	14	51,9	0	0,0
Кара-Суйский р-н	49	9	18,4	21	42,9	19	38,8
Наукатский р-н	1	0	0	1	100,0		0,0
Ошская область	479	90	18,8	297	62,0	92	19,2

Больные гонореей, напротив, преимущественно выявляются в ЦСМ (57,6%), тогда как тогда как выявляемость по районам колеблется от нуля до 96,9% (табл. 2). В г. Ош все случаи гонореи выявлены в ООКВД, другими ЛУ, в том числе и ЦСМ города Ош гонорея не выявляется.

Таблица 2

Сравнительная характеристика выявляемости гонорей учреждениями ЦСМ по Ошской области, 2006-2007 гг.

Регион Ошской области	Всего зарегистрировано	Из них тип лечебного учреждения					
		ЦСМ		ООКВД		Другие	
		Число	%	Число	%	Число	%
г. Ош	45	0	0	45	100	0	0
Кара-Кулжинский р-н	10	8	80,0	2	20	0	0
Узгенский р-н	32	31	96,9	1	3,1	0	0
Алайский р-н	4	1	25,0	3	75	0	0
Араванский р-н	5	5	100,0	0	0	0	0
Чон-Алайский р-н	1	0	0	1	100	0	0
Кара-Суйский р-н	32	20	62,5	12	37,5	0	0
Наукатский р-н	22	22	100,0	0	0	0	0
Ошская область	151	87	57,6	64	42,4	0	0

Больные сифилисом в основном выявляются при самообращении в анонимный кабинет, при обследовании соматических больных, при обращении к акушер-гинекологами и при обследовании контактных (табл.3). В последние годы снизилось число больных выявленных анонимным кабинетом и увеличилось число контактных.

Таблица 3

Обстоятельства выявления больных сифилисом по Ошской области за период с 2001 по 2007 гг.

Обстоятельства выявления	Структура (%)	
	2001-2002	2006-2007
Обращение в анонимный кабинет	28,8	18,1
Среди контактных	17,6	25,8
Врачи женских консультаций	16,8	18,2
Другие специалисты	2,9	2,8
Вассерманизация соматических больных	28,8	27,8
Декретированные контингенты	1,15	1,0
Доноры	0	0,4
Милиция	4,0	5,0
Дети	0	1,1
Всего	283	196

Таблица 4

Место выявления больных гонореей в Ошской области

Обстоятельства выявления	2006	2007
Обращение в анонимный кабинет	48,7	52,4
Среди контактных	10,3	11,1
Врачи женских консультаций	34	28,6
Уролог	2,3	0
Другие специалисты	2,3	6,3
Декретированные контингенты	1,2	0
Милиция	1,2	1,6
Всего	88	63

Гонорея преимущественно выявляются при обращении в анонимные кабинеты, на их долю приходится 48,7-52,4%. Больных, выявленные в женских консультациях занимают второе место (28,6%), тогда как урологи и другие специалисты выявлению гонореи не уделяют должного внимания (табл. 4).

Таким образом, выявление ИППП в ЦСМ ведется недостаточно активно. Причиной этому являются неполный охват пациентов, нуждающихся в обследовании на ИППП, отступления от технологий обследования, недостаточность или полное отсутствие противоэпидемических мероприятий по отношению к больным с подозрением на гонорею. Установлены случаи, когда акушер-гинекологи назначали больным со свежей, но торпидно протекающей гонореей, симптоматическое лечение, не обследуя на гонорею.

**1. Доступность и качество  
медицинская помощь при ИППП.**

**1.1. Гарантированная медицинская помощь**

Согласно Программе государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощи на 2006 год бесплатное лечение сифилиса проводится лицам, не достигшим 18 лет.

Медицинская помощь представителям уязвимых групп по лечению ИППП осуществляется в специализированных клиниках и кабинетах в городах Бишкек, Ош, Джалал-Абад. Каракол и Токмак за счет средств международных организаций [18].

Проведенной нами исследованиях, на вопрос, знаете ли вы, какие услуги входят в гарантированный объем медицинской помощи предоставляемой бесплатно, 202 (84,9%) из 238 респондентов ответили отрицательно (табл. 5.). Наиболее осведомленными оказались лица в возрасте 30-34 (15,4%) и 35-39 лет (29,4%). Низкая осведомленность по этому вопросу подтверждается и тем, что только 29,4% из числа уязвимых групп, больных ИППП обратились в организации здравоохранения и получили соответствующие услуги по диагностике, лечению и консультированию.

Таблица 5.

**Уровень осведомленности населения о гарантированной медицинской помощи, представленной бесплатно**

Ответ	Всего		Из них в возрасте							
	число	%	14-16	17-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Да	36	15,1	0	3	9	12	6	5	1	0
Нет	202	84,9	2	20	60	65	33	12	6	4
Итого	238	100,0	2	23	69	77	39	17	7	4

Социологический опрос респондентов из числа больных ИППП показал, что для 34% венерологическая помощь недоступна, по причине стеснительности, афиширования заболеваемости, необходимости называть партнера и др.

Одним из правил эпиднадзора инфекционных заболеваний является изоляция, однако оно не распространяется на венерические заболевания.

Из числа зарегистрированных больных сифилисом и гонореей стационарное лечение прошли 13,6% и амбулаторное лечение - 86,4%. Как правило, лечение воспалительных заболеваний девочек проводится амбулаторно, однако при амбулаторном лечении вульвовагинитов эффект кратковременный, заболевания часто рецидивируют и приобретают хроническую форму. Таким образом, большинству пациентов лечение проводится на дому.

На вопрос, приходилось ли Вам оплачивать амбулаторное или стационарное лечение, - 100% ответили «да». Из них 73,2 % платили официально через кассу (сооплата, за произведенные анализы) и 36,8% платили непосредственно деньгами врачу и рассчитывались за услуги товарами, в основном челноки.

В итоге отметим, что лечение пациентов с ИППП проводится в государственных учреждениях на платной основе, причем в 1/3 случаях оплата производится, минуя кассу по договоренности с врачом. Причиной этому является то, что население сексуально активного возраста (15-29 лет) не осведомлено о государственных гарантиях. Больные вензаболеваниями отказываются от услуг государственных

учреждений по той причине, что, по их мнению, сотрудники ЛУ не соблюдают анонимность при проведении диагностических и лечебных процедур. В частности, при направлении материалов в лабораторию указывается ФИО, при оплате также указывается фамилия больного в квитанции.

В заключение отметим, что медицинские услуги лечебного характера имеет решающее значение в снижении распространенности ИППП, однако государственные лечебные учреждения далеко не всегда обеспечивают доступность, своевременность и качество проведенного лечения. Сегодня ИППП лечат все: дерматовенерологи, семейные врачи, урологи, акушер-гинекологи и др. специалисты. Расширяется сеть частных анонимных центров и кабинетов (с 8 пунктов в 1997 году до 19 пунктов в 2004 году).

**1.2. Качество обследования и лечения ИППП**

*Больные сифилисом.* Из числа больных сифилисом, прошедших регистрацию, под контролем государственных учреждений здравоохранения закончили лечение 1864 (68,5%) пациента, в том числе стационарное – 253 (13,6%). Лечение сифилиса проводилось в соответствии с действующими инструкциями. В 12,2% допущены отступления от клинических протоколов по набору антибиотиков. Пробы на чувствительность проводились в 76,7%.

Установление излеченности на сифилис проведено 1248 (67,1%) больным, в том числе 809 (43,5%) больным через 1-1,5 месяца после лечения и 439 (23,6%) больным через 6 месяцев

после окончания лечения и диспансерного наблюдения. Остальным 613 (32,9%) больным установление излеченности проводилось, но не документировалось.

Критерием излеченности служили отрицательные бактериологические, серологические и клинические данные (кожные покровы, слизистые оболочки, внутренние органы, нервная система, органы чувств) и рентгенологического обследования.

Таким образом, контроль за качеством диагностики и лечения больных сифилисом осуществляется только на уровне государственных учреждений, этим можно объяснить, что в последние годы участились случаи рецидивного сифилиса и нейросифилиса.

*Качество обследования и лечения гонорей.* Опрос 253 респондентов, из числа больных гонореей, показал, что 45,8% остались не удовлетворенными качеством обследования и 33,6% качеством лечения. Пациентам не нравилось, что в процессе обследования им приходилось называть партнера (51,0%), платить за обследование (62,0%), длительное обследование (72%), надуманное число лабораторных анализов (57,0%). Что касается лечения то, по мнению пациентов, оно должно проводиться в случаях ОМС бесплатно и ограничиваться одним уколом (82%).

Таблица 6.

**Частота неудовлетворенности пациентов и экспертов обследованием и лечением гонорей**

Критерии удовлетворенности	Удовлетворенность больных		Удовлетворенность экспертов		
	Обслед.	Лечением	Обслед.	Лечением	Установлением излеченности
Доволен	37,9	62,1	32	73,1	18,2
Не доволен	45,8	33,6	64	26,9	81,8
Затрудняюсь	16,2	4,3	0	0	0
Всего	253	253	253	253	253

По мнению экспертов обследование проведено с отступлениями от протокола в 64,0%, лечение – в 29,0% и установление критериев излеченности – в 81,8%. При обследовании наиболее часто допускаются такие погрешности: не собирается половой анамнез, не описывается подробно местный статус, не проводится обследование на сопутствующие ИППП (72%), отсутствует бактериологическое подтверждение (76%), забор материала ограничивается уретрой и цервикальным каналом, в случаях хр. Воспалительного процесса не проводится провокация. При лечении больных гонореей допускаются отступления количественного и качественного набора антибактериальных препаратов, зачастую

лечение проводится до получения результатов обследования, не проводится лечение сопутствующего заболевания (трихомониаз, хламидиоз и др). Между тем известно, что гонококки фагоцитируются трихомонадами и становятся малодоступными для противогонорейных препаратов. Столь же часто гонококки ассоциируются с хламидиями, уреаплазмами.

Практически не проводится определение излеченности, как после окончания лечения (отсутствуют указания на методы провокации), так и в период диспансеризация.

В итоге отметим, что врачи первичного звена переходят на синдромный подход к лечению воспалительных заболеваний мочеполового тракта. Однако наблюдается учащение случаев асимптомного течения гонорей женщин, а при обследовании и лечении гонорей допускаются значительные отступления и погрешности. Особенно неблагоприятно обстоит дело с установлением излеченности гонорей. Данные обстоятельства и являются основной причиной хронической гонорей женского населения. Хроническая гонорея в общем числе мужского населения составляет 18,5%, тогда как в группе женского населения – 48,5%. На практике это означает, что значительное число больных обратилось за медицинской помощью не менее чем через 2 месяца после заражения. При анамнезе выяснилось, что из числа больных хронической гонореей 5,2% уже ранее лечились по поводу гонорей. На основании имеющихся записей не удалось установить, эти больные заболели повторно или возник рецидив, но бесспорным остается одно, что высокий процент хронической гонорей обусловлен поздним обращением, дефектами обследования и лечения. В связи с этим возникает необходимость дальнейшего усиления работы, направленной на активное выявление больных гонореей при обращении населения в лечебные учреждения. Однако значительная часть тестирования и лечения проводится в частных клиниках, что приводит не только к существенному недоучету больных гонореей, но и росту хронических форм.

*Качество лечения трихомониаза.* Традиционно забор материала на трихомонады производится из влагалища (100%). Между тем трихомониаз у женщин характеризуется многоочаговостью поражений. Кроме влагалища, трихомонады выделяются из шейки матки, уретры, мочевого пузыря, выводящих протоков бартолиновых желез, прямой кишки. Однако при установлении излеченности в 56,2% врачи ограничились лишь отсутствием трихомонад во влагалищном содержимом. Мазки из всех возможных очагов обитания трихомонад определялись в 13,2%. Надежность излечения на основе микроскопии и посевов на искусственные питательные среды проведена лишь 9,2% боль-

ных. При инспекторской проверке питательными средами располагал лишь один гинеколог из 12.

*Качество лечения хламидиоза.* При подозрении на хламидиоз ни один пациент не был проинформирован о серьезных последствиях этого заболевания и трудностях диагностики. При диагностике хламидиоза основной ошибкой является то, что материал забирается из уретры как при гонорее, а необходимо производить соскоб эпителия, так как хламиды располагаются внутриэпителиально. Перед началом лечения ни один из пациентов не был проинструктирован о необходимости воздержания от половых контактов пока их партнеры не будут излечены. Не проводится контроль излеченности, который необходимо проводить через 3 недели после завершения терапии эритромицином.

В заключение отметим, что к лечению ИППП существуют определенные требования, которые отражены в клинических протоколах. Их можно разделить на три группы: лечение в соответствии со стандартом, установление критерия излеченности, лечение партнера, однако по каждому из них имеются нарушения, обусловленные незнанием и отсутствием условий. Амбулаторное лечение вульвовагинитов трихомонадной и хламидийной этиологии у девочек оказывает эффект кратковременный, заболевания часто рецидивируют и приобретают хроническую форму.

Больных не устраивают лечение по устаревшим схемам, по их настоянию внедряются в практику максимально короткие схемы. Однако больные не знают о том, что при применении коротких схем максимальное излечение составляет не более 95%.

Поскольку короткие схемы лечения применяются преимущественно при «подпольном» лечении, а критерии излеченности в таких случаях не проводятся, то из 100 пациентов 5 становятся хроническими носителями. Цифра небольшая, но в расчете на общее число заболевших ИППП число не излеченных больных составляет значительное число и составляет угрозу для новой эпидемиологической вспышке, а потому лечение по коротким схемам вне государственных учреждений должно быть запрещено, а лиц, занимающихся таким видом лечения, рассматривать как пособников распространения ИППП.

#### Литература:

- Баев М.В. Распространенность, факторы риска и пути совершенствования профилактики инфекций, передаваемых половым путем (на примере Пензенской области): Дисс. канд.мед.наук.-14.00.33-Рязань, 2001.-177с.
- Битеев В.Х., Мальцева О.Н., Плотников А.В. Информированность мальчиков и юношей о заболеваниях, передающихся половым путем // Сексуальное здоровье человека на рубеже веков: Матер. междунар. конф. – М., 1999. – С. 201-204.
- Бобрик А.В. Контроль ИППП в новых эпидемиологических условиях // ИППП. – 2002. – № 3. – С. 21-24.
- Гребешева И.И., Хомянина Н.С., Зубкова Н.З. с соавт. Медико-организационные аспекты проблемы полового воспитания подростков // Педиатрия. – 1990. – № 9. – С. 73-76.
- Гришина О.В., Калмыкова И.В. История развития социально-гигиенический исследований сексуальных отношений подростков // ИППП.- 1999.- №5. - С. 53-56.
- Зуева Л.П. Эпидемиология и профилактика инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) и чесотки. – Санкт-Петербург, 2004. – 36 с.
- Кабыкенова Р.К. Совершенствование управления снижением заболеваемости населения основными инфекциями, передающимися половым путем: Автореф. ... дисс.канд.мед.наук.:14.00.30-Алматы, 2004.-29с.
- Какеев Б.А. Этиопатогенетические особенности урогенитальной инфекции у женщин репродуктивного возраста: Автореф...дисс. канд. мед. наук.: 14.00.16.-Бишкек, 2001.-22с.
- Кубанова А.А. Отчет о деятельности дерматовенерологической службы Российской Федерации // М.-2000.-16с.
- Кубанова А.А. Стратегия и перспективы развития дерматовенерологической службы в Российской Федерации в 2001-2005 гг. // Вестник дерматологии и венерологии. – 2002. – № 1. – С. 4-8.
- Кубанова А.А., Лосева О.К. Основы первичной профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в группах повышенного поведенческого риска // Вестник дерматологии и венерологии. – 2000. – №5. – С.4-6.
- Лосева О.К., Кравец Т.А. Медицинские социологические исследования подросткового сексуального поведения за период с 1989 по 2000 год // Вестник дерматологии и венерологии.-2001.-№5.- С.34-36.
- Лузан Н.В., Зайцева Е.В. Современные стратегии профилактики инфекций, передаваемых половым путем (ИППП) у несовершеннолетних // Вестник дерматологии и венерологии. – 2001. – № 5. – С. 37-39.
- Оберг Л.Я., Шишко О.А. Титова Е.Я. Внебрачные зачатия и половое воспитание подростков // Состояние здоровья и пути повышения качества лечебно-профилактической помощи женщине-матери и ребенку. – М.: Просвещение, 1991. – 80 с.
- Орозбекова Б.Т. Медико-социальные аспекты болезней мочеполовой системы у женщин репродуктивного возраста и меры по их предупреждению: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук.:14.00.33.-Бишкек, 2001.-21с.
- Панченко А. А. Медико-организационные аспекты заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, у детей и подростков г. Москвы. – Дисс. ...к.м.н Москва. - 2008.
- Приказ МЗ № 61 от 09.02.2004 года.
- Постановление Правительства КР №498 от 6 июля 2006 «О государственной программе по предупреждению эпидемии ВИЧ/СПИДа и ее социально-экономических последствий в Кыргызской Республике на 2006-2010 годы
- Скрипкин Ю.К. Пути совершенствования противовенерической помощи населению // В сб.: “Кожные

- и венерические болезни".-М., 1996.-С.3-11.
20. Скрипкин Ю.К., Шарапова Г.Я., Селицкий Г.Д. Инфекции, передаваемые половым путем. -М., 2001.-361с.
21. Тихонова Л.И. Дерматовенерологическая служба в Российской Федерации при переходе к рыночным отношениям // Здравоохран. Рос. Фед. – 1992. – № 4. – С. 6-9.
22. Флетчер Р., Флетчер С., Вагнер Э. Клиническая эпидемиология (основы доказательной медицины). – М., 1998. – 216 с. (пер. с англ.).
23. Шакиева Г.Ж. Инфекции, передаваемые половым путем среди подростков: Автореф. ... дисс. канд. мед. наук.:14.00.11.-Алматы, 2001.-29
24. Hayden J. The condom race // J. Am. Coll. Health, 1993 nov. – № 42 (3) . – P.133-136.
25. Hoor E.W. Biomedical issues in syphilis control // Sex. Trans. Diss. – 1996 Jun. – № 23 (1). – P. 5-8.
26. Raj A., Pollak R.H. Factors predicting high-risk sexual behavior in heterosexual college females // J. Sexual. Marital Therapy.-1995.- N21(3).-P.213-224.