

На правах рукописи

Бердицкая Лариса Юрьевна

**МЕДИЦИНСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ
СИФИЛИСА У БЕРЕМЕННЫХ.
СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕР ПРОФИЛАКТИКИ
ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА**

14.00.11 – кожные и венерические болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Новосибирск – 2009

Работа выполнена в Федеральном государственном учреждении «Уральский научно-исследовательский институт дерматовенерологии и иммунопатологии Федерального агентства по высокотехнологичной медицинской помощи» и Государственном учреждении здравоохранения «Областной кожно-венерологический диспансер Читинской области»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук

Сырнева Татьяна Анатольевна

Официальные оппоненты:

доктор медицинских наук, профессор

Зуев Андрей Викторович

доктор медицинских наук, профессор

Ковалев Юрий Николаевич

Ведущая организация: Владивостокский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Защита состоится «___» _____ 2009 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета ДМ 208.062.06 при Новосибирском государственном медицинском университете Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию (630091, г. Новосибирск, Красный проспект, 52; тел.: (383) 229-10-83)

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Новосибирского государственного медицинского университета Росздрава

Автореферат разослан «___» _____ 2009 г.

Ученый секретарь диссертационного совета

доктор медицинских наук, профессор

Т.Б. Решетникова

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность темы. С девяностых годов двадцатого века в России отмечался эпидемический рост заболеваемости сифилисом (Борисенко К. К., 1999; Тихонова Л. И., 1999; Шувалова Т. М., 1999). В 1997 г. общая заболеваемость сифилисом превысила уровень 1990 г. в 51 раз, врожденным сифилисом – в 47 раз (Лосева О. К., 1999). Динамика роста заболеваемости врожденным сифилисом была аналогична динамике удельного веса беременных среди больных сифилисом женщин. В 1995 – 1997 гг. этот показатель постоянно возрастал: 4,9 %, 5,5 %, 6,5 % (Тихонова Л. И., 1999).

По статистическим данным МЗ РФ наивысший уровень подъема заболеваемости сифилисом в России был зарегистрирован в 1997 г. и составил 277,3 случая на 100 тыс. населения, в течение последующих лет уровень заболеваемости стабильно снижался, достигнув в 2007 г. 63,1 случаев на 100 тыс. населения (Кубанова А. А и соавт., 2008).

Однако снижение общего уровня заболеваемости сифилисом не решило проблему заболеваемости данной инфекцией беременных, а, следовательно, и врожденного сифилиса в большинстве регионов России.

Несмотря на наметившееся снижение заболеваемости, число детей с врожденным сифилисом остается крайне высоким – 325 случаев (2007 г.). Обостряет эпидемиологическую ситуацию и высокий удельный вес беременных среди больных сифилисом женщин, который за последние годы не имеет тенденции к снижению (Кунгуров Н. В. и соавт., 2008).

Большинство отечественных ученых подтверждает факт вовлечения в эпидемический процесс беременных и новорожденных с указанием на высокий уровень заболеваемости в этих группах в разных регионах страны (Шувалова Т. М., 1999; Рудых Н. М., 2003; Васильев В. Н., Лузан Н. В., 2004; Латыпов Б. Г. и соавт., 2005; Панкратов О. В., 2007; Макаренко А. В., 2007; Чакова Т. В., 2009).

Среди причин заболеваемости врожденным сифилисом в России многие авторы выделяют наличие маргинальных черт поведения у большинства беременных, больных сифилисом: более 75 % женщин не работают, на фоне беспорядочной половой жизни 10 % не имеют постоянного места жительства (Шувалова Т. М., 1999; Латыпов Б. Г., 2003; Пирогова Е. П., 2003; Рудых Н. М., 2003; Макаренко А. В., 2007; Кунгуров Н. В., 2008; Чакова Т. В., 2009). Указанные факторы затрудняют как организацию мер первичной профилактики, так и

своевременное выявление сифилиса у беременных. Об этом свидетельствует регистрация у подавляющего большинства беременных (84,6 %) наиболее опасных в плане передачи потомству «поздних» заразных форм сифилиса: раннего скрытого и вторичного (Шувалова Т. М., 1999; Кубанова А. А., 2008). По данным ряда авторов, в 50 – 60 % случаев постановка на учет беременных, больных сифилисом, в женских консультациях осуществляется преимущественно во II – III триместрах беременности.

Анализ данных литературы показал, что высокий уровень заболеваемости сифилисом беременных на фоне снижения общего уровня заболеваемости обусловлен, с одной стороны, низким социальным статусом данной категории женщин, с другой – недостаточностью комплекса мер антенатальной профилактики врожденного сифилиса, в т. ч. первичной профилактики сифилиса у беременных. Ситуация также осложняется отсутствием или организационными дефектами должного взаимодействия между акушерско-гинекологической и дерматовенерологической службами.

Возможно, на развитие эпидемического процесса в отдельном регионе оказывают влияние социально-демографические, поведенческие, психологические и другие факторы.

Сложившаяся эпидемиологическая ситуация, отсутствие научно-обоснованной современной медико-социальной характеристики беременных, больных сифилисом, необходимость разработки целенаправленных и эффективных методов профилактики сифилиса у беременных и врожденного сифилиса обусловили возникновение необходимости решения этих важнейших задач современной венерологии.

Цель исследования. Разработка алгоритма межведомственного взаимодействия акушеров-гинекологов и дерматовенерологов по профилактике сифилиса у беременных и врожденного сифилиса на основе комплексного изучения динамики и структуры заболеваемости сифилисом беременных и новорожденных, медико-социальных и психологических характеристик беременных, больных сифилисом.

Задачи исследования:

1. Провести сравнительный комплексный эпидемиологический анализ заболеваемости сифилисом беременных и заболеваемости врожденным сифилисом в отдельных территориях Восточной Сибири в период 2002 – 2007 гг. и Читинской области в период 1998 – 2008 гг.

2. Определить социально-эпидемиологические, психологические характеристики и уровень информированности беременных, больных сифилисом, в сравнении со здоровыми беременными. Определить современный социально-личностный портрет беременной, больной сифилисом.

3. Изучить медико-организационные факторы, влияющие на заболеваемость врожденным сифилисом на модели Читинской области.

4. На основании проведенного исследования разработать комплекс мер по контролю и профилактике сифилиса у беременных и новорожденных, по оптимизации взаимодействия акушерско-гинекологических и дерматовенерологических учреждений.

Научная новизна. Впервые на основании комплексного сравнительного анализа заболеваемости сифилисом в Читинской области, территориях Восточной Сибири и РФ установлены региональные особенности эпидемиологического процесса заболеваемости сифилисом в общей популяции, среди беременных и заболеваемости врожденным сифилисом. Уровень общей заболеваемости сифилисом в Читинской области с 1998 года имел тенденцию к снижению, однако, за последние 5 лет превышал уровень заболеваемости в РФ в 1,9 – 2,2 раза. В последние годы (2006 – 2008 гг.) отмечен прирост заболеваемости сифилисом в регионе на 17,5 %. Показатель заболеваемости сифилисом беременных на 100 тыс. женщин, закончивших беременность родами, в Читинской области в период 2002 – 2008 гг. составил 570,2 – 814,6 случаев. Заболеваемость врожденным сифилисом имела устойчивую тенденцию к снижению с 2003 года (в 3,5 раза по сравнению с периодом 1998 – 2002 гг.). Однако, в среднем за 6 лет (2003 – 2008 гг.) оставалась в 1,4 раза выше, чем в РФ.

Впервые осуществлен когортный анализ социально-эпидемиологической и психологической характеристик беременных с определением медико-социального и психологического портрета беременной, больной сифилисом.

Впервые осуществлена обобщенная оценка уровней информированности беременных, больных сифилисом, и условно здоровых беременных по вопросам профилактики инфекции, передаваемой половым путем (далее – ИППП). Показано, что беременные в обеих группах недостаточно информированы о путях передачи, клинических проявлениях сифилитической инфекции, способах индивидуальной профилактики ИППП.

Впервые на примере отдельного субъекта Российской Федерации (Читинская область) определен объём репродуктивных потерь, связанных с сифилитической инфекцией (искусственное прерывание беременности, самопроизволь-

ный аборт, мертворождение), составивший за семилетний период (2002 – 2008 гг.) 21,7 % (от общего числа беременных, больных сифилисом).

Практическая значимость. Разработаны алгоритмы межведомственного взаимодействия по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных, внедрение которых позволило снизить заболеваемость врожденным сифилисом в Читинской области за последние 5 лет (2003 – 2008 гг.) в 3,5 раза по сравнению с периодом 1998 – 2002 гг. Предложены индикаторы качества организации совместной деятельности.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Для беременных, больных сифилисом, характерен ряд социально-эпидемиологических, психологических и интеллектуальных особенностей, являющихся факторами риска инфицирования сифилисом.

2. Комплексный методологический подход, примененный к оценке факторов риска инфицирования сифилисом беременных, выявил изменения в социально-личностной характеристике беременных, больных сифилисом, в том числе отсутствие большинства социально-негативных черт, присущих им в предыдущий эпидемиологический период, а именно: промискуитетного поведения, уклонения от дородового наблюдения, постоянного места жительства и регистрации (статус нерезидента), употребления наркотических веществ, непланируемая и нежеланная беременность.

3. Медицинские, в том числе организационные, факторы имеют приоритетное значение в профилактике врожденного сифилиса.

Внедрение результатов исследований. По результатам исследования подготовлено пособие для врачей, «Межведомственное взаимодействие дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных», утвержденное Минздравсоцразвития РФ.

Результаты работы послужили научным обоснованием для разработки:

– областной целевой программы «Предупреждение распространения инфекций, передаваемых половым путем, на территории Читинской области (2007 – 2011 гг.)»;

– приказа Комитета здравоохранения Читинской области и ЦГСН № 124-1 от 5 августа 2005 г. «О состоянии заболеваемости и мерах по предупреждению распространения сифилиса в Читинской области»;

– распоряжения Министерства здравоохранения Забайкальского края от 06.05.09 г. № 196 «О совершенствовании мероприятий по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных в Забайкальском крае».

Результаты исследования внедрены в практику работы Государственных учреждений здравоохранения «Областной кожно-венерологический диспансер» Свердловской, Иркутской, Читинской областей, дерматовенерологов и акушеров-гинекологов государственных и муниципальных Лечебно-профилактических учреждений (далее – ЛПУ) Читинской и Свердловской областей.

Апробация работы. Материалы диссертации доложены на II Всероссийском конгрессе дерматовенерологов (Санкт-Петербург, 2007), межрегиональной научно-практической конференции «Дерматология в период реформирования здравоохранения и реализации национальных проектов» (Екатеринбург, 2007), научно-практической конференции «Дерматовенерология – итоги первого этапа реформирования и перспективы развития» (Екатеринбург, 2008), X Всероссийском Съезде дерматовенерологов (Москва, 2008), заседании общества дерматовенерологов (Екатеринбург, 2008), на областных конференциях дерматовенерологов и акушеров-гинекологов Читинской области (Чита, 2005, 2006, 2007).

Публикации по теме диссертации. По материалам диссертации опубликовано 9 работ, из них 1 – в ведущем рецензируемом научном журнале, рекомендованном ВАК для публикаций основных результатов исследования.

Объем и структура диссертации. Диссертация изложена на 132 страницах машинописного текста, состоит из введения, обзора литературы, описания материалов и методов исследования, 6 глав описаний собственных исследований, заключения, выводов. Работа включает 42 таблицы, 19 рисунков, 6 приложений. Указатель литературы содержит 221 источник (126 отечественных и 95 зарубежных авторов).

Личный вклад автора. Весь материал собран, обработан и проанализирован лично автором.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Уральского научно-исследовательского института дерматовенерологии и иммунопатологии (г. Екатеринбург)

Уровень заболеваемости сифилисом в Читинской области, Сибирском Федеральном округе (далее – СибФО) и Российской Федерации (далее – РФ) оценивался по данным статистических материалов, подготовленных Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Центральным научно-

исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения (г. Москва), Центральным научно-исследовательским кожно-венерологическим институтом (г. Москва) за период 2002 – 2007 гг.

Методами описательной и аналитической эпидемиологии изучены особенности сифилитической инфекции у беременных в отдельных регионах СибФО в период 2002 – 2007 гг.

Анализ уровня, структуры и динамики заболеваемости сифилисом, в т. ч. у беременных в отдельных регионах Восточной Сибири и Читинской области, осуществлялся на основании данных форм государственной статистической отчетности, утвержденных Минздравом Российской Федерации и Госкомстатом Российской Федерации: № 9 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой», № 34 «Сведения о заболеваниях, передаваемых преимущественно половым путем, грибковыми кожными заболеваниями и чесоткой». Для расчета показателя заболеваемости сифилисом беременных на 100 тыс. закончивших беременность родами в Читинской области с 2002 по 2008 год использована государственная статистическая отчетная форма № 32 «Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам» (таблица 2110 стр. 01 гр. 5.).

Сведения о медицинских абортах у беременных в Читинской области приведены из государственной статистической отчетной формы № 13 «Отчет об абортах» в период 2002 – 2008 гг.

На основании данных стандартизованной анкеты, разработанной автором, утвержденной приказом главного врача Областного кожно-венерологического диспансера (г. Чита), проведен анализ социально-демографических факторов развития сифилитической инфекции, изучена клиническая структура заболеваемости сифилисом беременных в период 2003 – 2008 гг.

Всего в материалы исследования включены данные 776 анкет, заполненных на случаи сифилиса у беременных с 2003 по 2008 год в ЛПУ Читинской области и представленных в Областной кожно-венерологический диспансер Читинской области.

Клинико-эпидемиологические особенности и причины врожденного сифилиса в Читинской области в период 1998 – 2008 гг. изучены на основании данных 89 анкет, заполненных на каждый случай заболевания врожденным сифилисом лечащим врачом при установлении диагноза.

Для установления причин позднего обращения беременных, больных сифилисом, и здоровых для дородового наблюдения в женские консультации,

проводилось социологическое исследование в течение 2006 года, инструментом которого послужили стандартизованные анкеты трех видов.

В добровольном анонимном анкетировании приняли участие 60 беременных, больных сифилисом, которые находились на лечении в стационаре Областного кожно-венерологического диспансера Читинской области и 70 здоровых беременных (не имеющих сифилиса в анамнезе и в настоящее время), наблюдавшихся в женских консультациях г. Читы и муниципальных учреждений здравоохранения Читинской области. В данной анкете учитывались демографические, социальные (место проживания, профессия, семейный статус, уровень финансового дохода), поведенческие факторы (употребление алкоголя, наркотиков, курение, возраст начала половой жизни, использование средств контрацепции и др.).

В анкетировании по изучению информированности по вопросам инфекции, передаваемой половым путем ИППП, приняли участие 61 беременная, больная сифилисом, и 67 здоровых беременных.

На основании данных стандартизованной анкеты, разработанной автором, изучено мнение акушеров-гинекологов о причинах позднего обращения беременных в женские консультации для дородового наблюдения. Анкетирование проводилось анонимно, в анкете учтены категория ЛПУ, должность, стаж работы, квалификационная категория акушеров-гинекологов. В анонимном добровольном анкетировании приняли участие 117 врачей акушеров-гинекологов, работающих в ЛПУ г. Читы и Читинской области.

С целью составления психологического портрета беременной, больной сифилисом, в течение 2006 года проводилось анонимное добровольное анкетирование 43 беременных с диагнозом сифилиса с помощью стандартизованного психологического теста Кеттелла (16 PF). Анкета содержала 187 вопросов, которые касались некоторых личностных особенностей. Респондентам предлагали несколько логических вопросов с выбором ответа. Обработка данных проводилась специалистом-психологом. Для каждой анкеты заполнялся бланк фиксации результатов (16 PF), на основании суммы баллов и графического изображения оценивался личностный профиль пациентов.

Статистическая обработка материала проводилась с использованием методов вариационной статистики. При анализе количественных признаков оценка достоверности различий между группами производилась с использованием критерия Стьюдента (t). Разница считалась достоверной при уровне значимости $p < 0,05$. Результаты статистической обработки визуализировались в виде

таблиц, диаграмм с использованием прикладных программ Windows XP, Excel-2002. Для статистической обработки анкет использовалась специальная версия программы компьютерной обработки и анализа социологической информации VORTEX – 6,0.

Материалы и методы исследования представлены в таблице 1.

Таблица 1

Материалы и методы исследования

Методы исследования	Оцениваемые параметры	Объем исследования
Эпидемиологический	Динамика заболеваемости сифилисом населения регионов	Анализ заболеваемости сифилисом в общей популяции в РФ, СибФО, Читинской области (1998 – 2008 гг.)
Статистический – с использованием материалов государственных статистических отчетных форм №№ 9, 34, 13, 32	Характеристика динамики и структуры заболеваемости сифилисом беременных и новорожденных. Изучение исходов беременности у больных сифилисом женщин	Анализ заболеваемости сифилисом среди беременных, врожденным сифилисом за 2002-2007 гг. в отдельных территориях Восточной Сибири, за период 1998-2008 гг. в Читинской области
Экспертный	Социально-демографические и медицинские аспекты сифилиса у беременных и врожденного сифилиса	Анализ данных: 776 анкет, заполненных по данным первичной медицинской документации на каждый случай заболевания сифилисом беременной, 89 анкет на случай заболевания врожденным сифилисом
Социологический – опрос методом анкетного интервью	Анализ социально-демографических, поведенческих, медицинских факторов. Изучение информированности по вопросам профилактики ИППП; Изучение мнения врачей акушеров-гинекологов о причинах позднего обращения беременных для дородового наблюдения	130 беременных, в т.ч. 60 больных сифилисом, 70 здоровых 128 беременных, в т.ч. 61 больная сифилисом, 67 здоровых 117 врачей акушеров-гинекологов
Психологический – с применением теста Кеттелл -95	Установление психологических особенностей беременных, больных сифилисом	43 беременных, больных сифилисом
Математический – статистическая обработка результатов с использованием параметрических методов	Изучение качественных признаков и множественных сравнений	

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В рамках проводимого исследования изучены эпидемиологические особенности распространения сифилиса в Читинской области в период 1998 – 2008 гг.

Развитие эпидемии сифилиса на этой территории в период 1998 – 2008 гг. соответствовало основным тенденциям развития эпидемического процесса в РФ. Начиная с 1998 года (пик заболеваемости) регистрировалось стабильное снижение заболеваемости сифилисом. С 2001 по 2004 год ежегодные темпы снижения заболеваемости составляли от 5,3 % до 10,9 %. С 2005 года отмечено значительное отставание темпов снижения заболеваемости в регионе по сравнению с таковыми в РФ. Новый подъем уровня заболеваемости сифилисом начался в 2007 году и составил 17,5 % к уровню 2006 года (рис. 1).

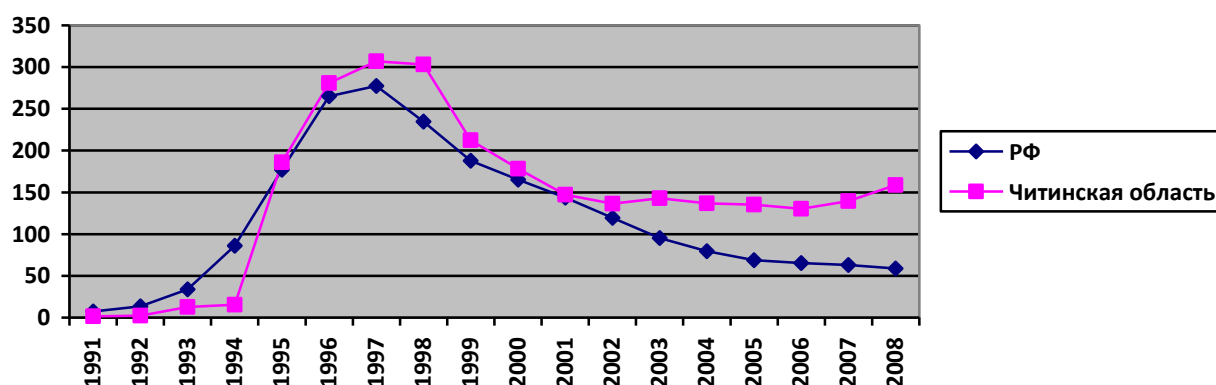


Рис. 1. Динамика заболеваемости сифилисом в Читинской области и РФ в период 1991 – 2008 гг.

Установлены следующие региональные особенности заболеваемости сифилисом в Читинской области: наибольший удельный вес больных сифилисом стабильно регистрировался в возрастной группе 20 – 29 лет (42,3 – 51,0 %). Гендерная структура больных сифилисом в регионе оставалась неизменной и характеризовалась преобладанием женщин – 53,9 % $\pm$ 2,4 %. Заболеваемость городских жителей превалировала над заболеваемостью сельских жителей в 1,2 – 1,4 раза. У безработных лиц сифилис регистрировался в 53,7 – 82,5 % случаев. В структуре заболеваемости по клиническим формам преобладал сифилис ранний скрытый (47,9 % $\pm$ 8,7 %).

Изучение региональных особенностей заболеваемости сифилисом беременных и новорожденных в Читинской области с 1998 по 2008 год, а также в отдельных территориях Восточной Сибири с 2002 по 2007 год, показало следующее (табл. 2).

**Заболеваемость сифилисом беременных на территориях СибФО
в 2002 – 2007 гг. (число случаев на 100 тыс. беременных, закончивших беременность родами)**

Наименование федерального округа	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Сибирский ФО Западная Сибирь	504,7	649,6	466,6	404,0	489,7	589,7
Сибирский ФО Восточная Сибирь	821,5	889,0	1111,9	969,6	607,8	1093,3

При оценке показателей заболеваемости беременных в расчете на 100 тыс. беременных, закончивших беременность родами, установлено, что наиболее неблагоприятная ситуация отмечена в регионах Восточной Сибири. При снижении показателя заболеваемости сифилисом беременных на 100 тыс. закончивших беременность родами в других регионах за указанный период (на фоне снижения общего уровня заболеваемости), в Восточной Сибири он имел тенденцию к росту, с достижением максимального значения в 2004 и 2007 годах (табл. 2).

Удельный вес беременных среди больных сифилисом женщин в территориях Восточной Сибири в 2002 – 2007 гг. варьировал от 10,1 % (Республика Бурятия – 2003 г.) до 19,0 % (Республика Тыва – 2006 г.). Таким образом, у каждой 5 – 10-й женщины сифилис сочетался с беременностью.

Удельный вес беременных среди больных сифилисом женщин фертильного возраста в территориях Восточной Сибири в 2002 – 2007 гг. составлял от 12,6 % до 25,4 %, т.е. был более высоким.

Показатель заболеваемости сифилисом беременных на 100 тыс. женщин, закончивших беременность родами, в Читинской области в 2002 – 2007 гг. составил 570,2 – 814,6 случаев, что не превышало показателей в территориях Восточной Сибири за аналогичный период (607,8 – 1111,9).

Удельный вес беременных среди больных сифилисом женщин варьировал от 13,7 % до 16,5 %, среди женщин фертильного возраста от 15,4 % до 20,5 %.

Клиническая структура заболеваемости сифилисом беременных в Читинской области в 2002 – 2008 гг. характеризовалось преобладанием ранних латентных форм сифилиса (60,3 – 70,5 %). Кроме того, с 2003 года наметилась устойчивая тенденция к увеличению в структуре заболеваемости сифилисом беременных позднего скрытого сифилиса от 2,8 % в 2003 году до 11,9 % в 2005 году и увеличение до 17,6 % к 2008 году. Доля манифестных форм сифи-

лиса у беременных не превышала на протяжении всего указанного периода 34,0 %.

При сравнении уровня заболеваемости врожденным сифилисом в территориях Восточной Сибири с 2002 по 2007 год выявлено, что наиболее неблагоприятная ситуация сложилась в Республике Тыва (3,5 – 7,9 случаев на 100 тыс. детского населения), Красноярском крае (2,3 – 6,8 случаев на 100 тыс. детского населения) (табл. 3).

Таблица 3

Заболеваемость врожденным сифилисом на 100 тыс. детского населения в территориях Сибирского ФО в 2002 – 2007 гг.

Федеральный округ	Годы					
	2002	2003	2004	2005	2006	2007
РФ	1,6	1,4	0,8	1,5	1,5	1,6
Сибирский ФО	3,1	2,7	2,6	2,1	2,3	2,6
Красноярский край	2,5	4,5	2,3	3,0	6,3	6,8
Республика Бурятия	1,4	0,5	1,1	1,6	-	0,6
Республика Тыва	7,9	0	5,8	3,6	1,2	7,3
Иркутская область	2,4	1,6	2,2	2,5	2,7	2,8
Читинская область	4,0	2,1	0	2,3	0,9	2,4

В период 1998 – 2008 гг. в Читинской области зарегистрировано 89 случаев раннего врожденного сифилиса, случаи позднего врожденного сифилиса не отмечены. В клинической структуре заболеваемости врожденным сифилисом преобладал сифилис ранний врожденный с симптомами – 75,0 %.

С целью установления причин развития раннего врожденного сифилиса у новорожденных в Читинской области проведен анализ данных о дородовом наблюдении женщин, родивших инфицированных сифилисом детей.

Удельный вес таких женщин, не наблюдавшихся в женской консультации до родов, составил в среднем за исследуемый период 65,9 %, наблюдались в женской консультации 34,1 % беременных. Из числа больных сифилисом женщин, наблюдавшихся во время беременности, у 70,0 % установлены следующие дефекты оказания медицинской помощи:

– нарушение технологии обследования – отсутствие обследования на сифилис беременных в установленные сроки, проживающих в районе обслуживания участковых больниц и ФАПов – (42,8 % от общего числа дефектов);

– принятие самостоятельного решения врачами акушерами-гинекологами при получении положительных результатов серологического обследования на сифилис (без консультации дерматовенеролога) – 14,3 %;

– отсутствие преемственности между акушерско-гинекологическими и дерматовенерологическими учреждениями – 14,3 %;

– дефекты серологической диагностики (нарушение методики постановки серологических тестов, регистрация ложноотрицательных результатов) – 28,5 %.

Следует отметить, что с 2003 по 2008 год в Читинской области количество дефектов при оказании медицинской помощи у данной категории беременных уменьшилось по сравнению с предыдущим периодом (1998 – 2002 гг.) в 4,2 раза, дефектов качества серологической диагностики при этом не отмечено.

Наряду с комплексным анализом заболеваемости сифилисом беременных в регионе, проведен анализ объема репродуктивных потерь, связанных с сифилитической инфекцией, в том числе доли женщин, прервавших беременность по медицинским показаниям.

За семилетний период доля женщин, прервавших беременность по медицинским показаниям, снизилась с 10,6 % до 2,3 % (в 4,6 раза). В целом в 2002 – 2008 гг. прервали беременность в связи с заболеванием сифилисом 5,7 % беременных женщин.

В результате анализа исходов беременности у женщин, с впервые установленным диагнозом сифилиса, в Читинской области в 2002 – 2008 гг. установлено следующее: из общего числа беременных, больных сифилисом (915 женщин), закончили беременность родами – 549 (60,0 %), в т.ч. преждевременными – 19 (3,5 % от числа родивших), самопроизвольным абортom – 31 (5,6 % от числа родивших), в т.ч. в срок 13 – 22 недели – 28 (5,1 % от числа родивших), искусственным прерыванием беременности по медицинским показаниям – 161 (17,5 % от числа беременных, больных сифилисом). Мертворождения, составили 7 случаев (1,3 % от числа родивших), в т.ч. подтвержденные морфологически – один случай.

Таким образом, в 2002 – 2008 гг. в Читинской области репродуктивные потери, связанные с наличием сифилитической инфекции у беременных, составили 199 случаев (искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям – 161 случай, самопроизвольный аборт – 31 случай, мертворождения – 7 случаев) или 21,7 % от числа беременных, больных сифилисом.

При изучении социально-демографической, поведенческой, психологической характеристик беременных, больных сифилисом, и группы сравнения, состоящей из беременных, не имеющих сифилиса в настоящее время и в анамнезе, достоверно установлены следующие факторы риска инфицирования сифи-

лисом беременных: возраст моложе 20 лет (20,1 %), проживание в сельской местности (41,0 %), отсутствие работы (54,3 %), низкий уровень финансового дохода на одного члена семьи до 3000 рублей (61,7 %). Статус нерезидента в равной степени не имел значения в обеих группах (табл. 4).

Таблица 4

**Социально-демографические факторы риска инфицирования
сифилисом беременных**

Факторы	Группа I (n = 60)	Группа II (n = 70)	P
Возраст:			
20-24 года	56,7 %	42,7 %	P < 0,001
младше 20 лет	20,1 %	10,1 %	
старше 30 лет	3,3 %	20,9 %	
Место проживания:			
Город	57,4 %	72,9 %	P < 0,001
Сельская местность	41,0 %	27,7%	
Статус нерезидента	—	—	—
Отсутствие работы	54,3 %	34,1 %	P < 0,001
Финансовый доход до 3000 руб.	61,7 %	37,1 %	P < 0,001

По брачному статусу среди беременных, больных сифилисом, преобладали женщины, состоящие в законном либо гражданском браке (68,9 %), во второй группе женщин, состоящих в браке, было достоверно больше – 90,0 %.

Наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя) отмечено преимущественно у пациенток в первой группе. Никотинозависимые в I группе составили 65,6 %, в группе сравнения таких женщин было в 3,3 раза меньше (20,0 %) ($p < 0,001$). Систематически употребляли алкоголь 86,9 % беременных, больных сифилисом, и только 7,1 % в группе сравнения.

Сексуальный дебют в возрасте до 14 лет достоверно чаще установлен в первой группе (соответственно – 6,6 %, и 1,4 %) ($p < 0,001$).

Склонность к промискуитетным связям (наличие трех и более половых партнеров в течение жизни) отмечена практически в равной степени среди группы сравнения ($32,8 \% \pm 7,2 \%$) и среди беременных, больных сифилисом ($26,3 \% \pm 7,2 \%$) ($p < 0,01$). Полученные результаты позволяют констатировать, что беременные, больные сифилисом, по характеру сексуальных отношений не относятся к группе повышенного поведенческого риска.

В первой группе настоящая беременность была запланирована и желанна у 68,0 % женщин. Удельный вес таких респондентов во второй группе был значительно выше – 87,1 %. Соответственно не планировали данную беременность 31,1 % женщин в первой и 10,0 % – во второй группе ($p < 0,05$).

Для беременных, больных сифилисом, было характерно более позднее обращение в женские консультации для постановки на учет по беременности. В сравниваемых группах особенно существенной была разница между беременными, обратившимися в ранние сроки (до 12 недель беременности). Удельный вес беременных в первой группе, обратившихся в указанный срок, составил 44,3 %, во второй группе – 77,1 %, достоверно в 1,8 раз больше ($p < 0,001$). Основной причиной позднего обращения для дородового наблюдения в женские консультации, по мнению беременных, больных сифилисом, явилось отсутствие работы, а, следовательно, необходимости получать лист нетрудоспособности (табл. 5).

Таблица 5

Мнение беременных о причинах позднего обращения для дородового наблюдения

Факторы	Группа I (n = 60)	Группа II (n = 70)	P
Отсутствие работы	53,6 %	12,0 %	$P < 0,001$
Отсутствие страхового полиса	14,3 %	12,0 %	$P > 0,1$
Боязнь инфицирования	3,6 %	–	–
Другие причины	28 %	28,0 %	$P < 0,001$

Изучение личностных психологических характеристик беременных, больных сифилисом, показало низкий уровень интеллекта у 37,2 % респондентов. Для данной группы беременных характерны низкие общие мыслительные способности, узкий спектр интеллектуальных интересов, необразованность, низкий уровень обучаемости, неспособность исполнения какой-либо работы до логического конца. Черты суровости и жестокости присутствовали у 32,5 % респондентов. Наличие социабельности (зависимость от референтной группы) установлено у 30,2 % опрошенных.

При осуществлении обобщенной оценки уровней информированности беременных, больных сифилисом, и группы сравнения по вопросам профилактики ИППП установлено, что беременные в обеих группах недостаточно информированы о путях передачи, клинических проявлениях сифилитической инфекции, способах индивидуальной профилактики ИППП.

С целью оценки влияния медицинских факторов на заболеваемость сифилисом беременных проведен анализ кадровых и материальных ресурсов учреждений здравоохранения в районах Читинской области в 2000 – 2008 гг., а также оценка индикаторов совместной деятельности акушерско-гинекологической и кожно-венерологической служб. За указанный период Читинская область в це-

лом имела удовлетворительную кадровую, ресурсную, в т. ч. лабораторно-диагностическую базу для осуществления диагностики, лечения и профилактики сифилиса.

Для серологической диагностики сифилиса в 2005 – 2008 гг. использовались только современные диагностические технологии ИФА, РПГА в комплексе с реакцией микропреципитации (РМП). Из них наиболее часто используемые были ИФА (87,0 %), РПГА (77,4 %) либо их сочетание (64,5 %).

Анализ индикаторов качества, характеризующий совместную работу акушеров-гинекологов и дерматовенерологов, в том числе удельный вес больных сифилисом женщин и охват серологическим обследованием беременных в период пренатального наблюдения, представлен в таблицах 6 и 7.

Доля больных сифилисом женщин, выявленных акушерами-гинекологами за 9-летний период, составляла от 17,1 % в 2000 г. до 26,7 % в 2007 г., что на протяжении всего анализируемого периода (за исключением 2000 года) соответствовало оптимальному показателю (не менее 25 %).

Таблица 6

Удельный вес женщин, больных сифилисом, выявленных акушерами-гинекологами к общему числу женщин, больных сифилисом, зарегистрированных в отчетном году

Годы	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Доля больных сифилисом, выявленных акушерами-гинекологами, %	17,1	25,9	24,4	26,2	22,9	22,6	25,7	26,7	24,1

Таблица 7

Серологическое обследование беременных в Читинской области в 2000 – 2008 гг. (% к подлежащим обследованию)

Кратность обследования	Годы								
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Однократно	95,8	90,6	91,8	97,5	99,4	99,2	99,0	99,4	99,5
Двукратно	92,3	90,0	91,0	94,5	96,7	97,3	97,9	97,7	98,0
Трехкратно	90,2	89,4	89,5	91,5	91,7	92,3	92,0	92,6	93,0

В соответствии с третьей задачей исследования, кроме объективных медицинских факторов, было изучено посредством анкетного интервью мнение 117 акушеров-гинекологов ЛПУ Читинской области об основных причинах, препятствующих обращению в женскую консультацию с целью своевременной постановки на учет.

Наиболее значимыми причинами позднего обращения для дородового наблюдения являются, по мнению врачей акушеров-гинекологов, недостаточный уровень гигиенических знаний об ИППП (86,2 %), низкий социальный статус беременной (53,4 %), отсутствие необходимости в получении листка нетрудоспособности (39,7 %).

Исходя из результатов анализа эпидситуации по заболеваемости врожденным сифилисом в Читинской области, разработана и апробирована организационная модель первичной и вторичной профилактики сифилиса у беременных, а также схема взаимодействия, предусматривающая деятельность различных структур, в том числе исполнительных органов государственной власти, общественных организаций, медицинских учреждений различного профиля (рис. 2).

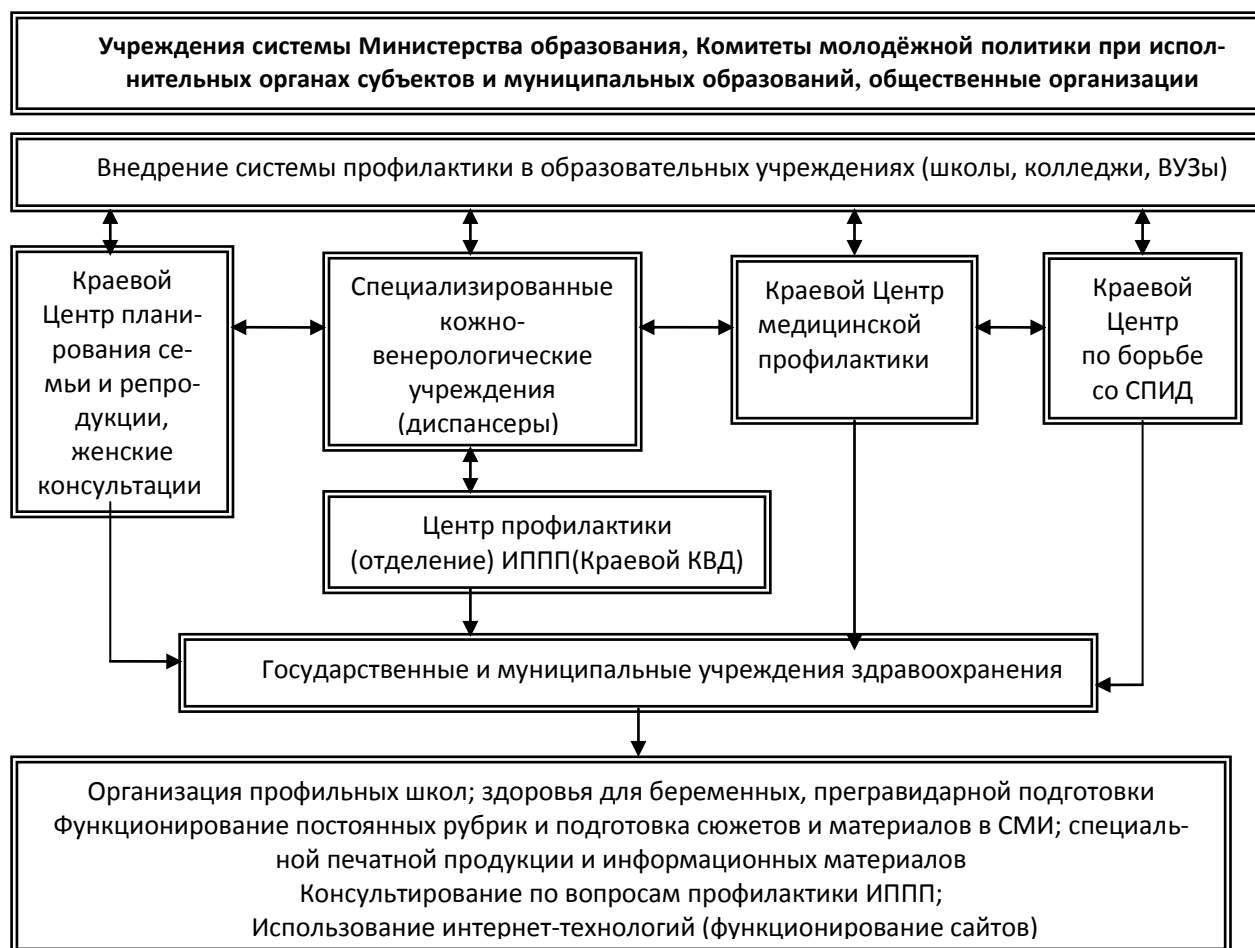


Рис. 2. Схема межведомственного взаимодействия лечебно-профилактических учреждений, общественных организаций по формированию единой системы профилактики ИППП

Наряду с общей схемой первичной профилактики разработана и внедрена индивидуальная программа информирования беременной, больной сифилисом, в период лечения ее в стационаре кожно-венерологических учреждений, состоящая из нескольких этапов. I этап предусматривал установление анамнестических данных лечащим врачом, оценку факторов поведенческого риска у беременной, больной сифилисом. На II этапе проводились консультации медицинского психолога (штатного сотрудника отделения профилактики КВД либо консультанта). На III этапе врачами отделения первичной профилактики с пациентками осуществлялась целенаправленная работа с использованием приемов и методов консультирования по вопросам ИППП. Перед беседой пациентки заполняли специальную анкету, по которой определялся исходный уровень знаний об ИППП. На IV этапе на всем протяжении периода лечения с беременными, больными сифилисом, проводились групповые и индивидуальные занятия по различным разделам ИППП. На V этапе пациенты консультировались врачом акушером-гинекологом центра (отделения) профилактики КВД с целью подробного информирования о предпочтительных методах контрацепции после родов. На VI этапе после завершения курса специфической терапии осуществлялась консультация врача дерматовенеролога (специалиста отделения первичной профилактики КВД) с вручением индивидуальной карты с рекомендациями о методах контрацепции и профилактики ИППП.

Исходя из данных проведенного исследования, среди ведущих факторов риска передачи инфекции по вертикальному пути от матери к ребенку наибольшую значимость имеют своевременность и адекватность специфического лечения больных сифилисом женщин. В этой связи приоритет в выявлении сифилиса у беременных принадлежит акушерско-гинекологическим учреждениям.

При каждой явке беременной, при выявлении положительных тестов на сифилис, дальнейшее ведение женщины осуществлялось в соответствии с предложенным алгоритмом (рис. 4).



Рис. 4. Алгоритм взаимодействия дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по ведению беременной в период дородового наблюдения

Наряду с комплексом алгоритмов взаимодействия акушерско-гинекологических и дерматологических учреждений разработаны и внедрены **индикаторы качества деятельности ЛПУ**, характеризующие совместную работу двух смежных служб:

– *Эффективность активного выявления сифилиса у женщин акушерами-гинекологами.*

Снижение индикатора ниже 25 % свидетельствует о низком качестве объемов профилактической работы и требует проведения анализа причин невыполнения и реализации необходимых мер.

– *Полнота охвата скрининговым серологическим обследованием на сифилис беременных.*

Снижение данного показателя (в том числе доли женщин, обследованных в течение беременности однократно ниже 100 %; двукратно – ниже 98 % и трехкратно ниже 94 %) свидетельствует о низком качестве диагностической работы и нарушении технологии обследования беременных.

– Оперативность и своевременность обследования беременных при подозрении на сифилис.

При получении положительного результата серологического обследования определяются как соотношение числа беременных с вновь зарегистрированным результатом положительной крови на сифилис к числу беременных женщин, привлеченных в первые трое суток. Снижение данного показателя меньше 100 % свидетельствует о дефектах противоэпидемической работы.

ВЫВОДЫ

1. Уровень общей заболеваемости сифилисом в Читинской области с 1998 года имел тенденцию к снижению, однако, за последние 5 лет превышал уровень заболеваемости в РФ в 1,9 – 2,2 раза. В последние годы (2006 – 2008) отмечен прирост заболеваемости сифилисом в регионе на 17,5 %. Показатель заболеваемости сифилисом беременных на 100 тыс. женщин, закончивших беременность родами, в Читинской области в 2002 – 2008 гг. составил 570,2 – 814,6 случаев. Заболеваемость врожденным сифилисом имела устойчивую тенденцию к снижению с 2003 года (в 3,5 раза по сравнению с периодом 1998 – 2002 гг.). Однако, в среднем за 6 лет (2003 – 2008 гг.) оставалась в 1,4 раза выше, чем в РФ.

2. На основании изучения социально-эпидемиологических, поведенческих характеристик беременных, больных сифилисом, по сравнению с условно здоровыми беременными, установлены факторы риска их инфицирования сифилисом: отсутствие профессиональной занятости (54,3 %), невысокий уровень материального дохода (до 3 тыс. рублей на 1 члена семьи) – 61,7 %, ранний сексуальный дебют (6,6 % против 1,4 % группы сравнения), наличие вредных привычек, в том числе никотинозависимости и алкоголизации (65,6 % и 86,9 % соответственно). Определен социально-личностный портрет беременной, больной сифилисом: возраст 20 – 24 года (56,7 %), лицо резидентного типа (98,4 %), проживающая преимущественно в районных центрах (24,6 %) и сельской местности (41,0 %), состоящая в законном (44,0 %), либо гражданском браке (24,6 %), безработная (54,3 %). Установлено, что социальный статус беременной, больной сифилисом, ассоциирован с рядом черт личностной дезадаптации, в том числе невысоким уровнем интеллекта (37,9 %), жестокостью (32,5 %), зависимостью от референтной группы (30,2 %). Установлено, что беременные в обеих группах недостаточно информированы о путях передачи, клинических проявлениях сифилитической инфекции, способах индивидуальной профилактики ИППП.

3. Основными дефектами при оказании медицинской помощи беременным, больным сифилисом, состоявшим на учете в женской консультации и родивших инфицированных сифилисом детей (34,1 % в период 1998 – 2008 гг.), являются: отсутствие обследования на сифилис беременных в установленные сроки – 42,8 %, принятие самостоятельного решения врачами акушерами-гинекологами при получении положительных результатов серологического обследования на сифилис (без консультации дерматовенеролога) – 14,3 %; отсутствие взаимопреимственности между акушерско-гинекологическими и дерматовенерологическими учреждениями – 14,3 %; дефекты серологической диагностики (нарушение методики постановки серологических тестов, регистрация ложноотрицательных результатов) – 28,5 %.

4. В результате разработки и внедрения в 2003 – 2008 гг. комплекса мер первичной и вторичной профилактики сифилиса у беременных и новорожденных, в том числе алгоритмов межведомственного взаимодействия акушеров-гинекологов и дерматовенерологов, в Читинской области достигнуто снижение в 4,2 раза количества дефектов при оказании медицинской помощи беременным, больным сифилисом, и уровня заболеваемости врожденным сифилисом в регионе в 3,2 раза (по сравнению с периодом 1998 – 2002 гг.).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

С целью улучшения эффективности работы по первичной и вторичной профилактике врожденного сифилиса рекомендовано:

- использовать возможности межведомственного взаимодействия (ЛПУ, общественные организации) для формирования единой системы профилактики ИППП и индивидуальные программы информирования беременных, больных сифилисом, в период лечения в стационаре кожно-венерологических учреждений;

- ЛПУ субъектов РФ использовать алгоритмы межведомственного взаимодействия дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных. При оценке деятельности акушерско-гинекологических учреждений осуществлять анализ качества совместной деятельности дерматовенерологов и акушеров-гинекологов с использованием разработанных индикаторов.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

1. Кунгуров Н. В. Эпидемиологические аспекты заболеваемости сифилисом беременных и новорожденных / Н. В. Кунгуров, Т. А. Сырнева, **Л. Ю. Бердицкая** // **Российский журнал кожных и венерических болезней.** – 2008. – № 1. – С. 56-58.
2. К вопросу о современном течении раннего врожденного сифилиса и его диагностике / В. Н. Терещенко, М. П. Середина, **Л. Ю. Бердицкая**, В. Ю. Ваутина // **Тихоокеанский медицинский журнал.** – 2003. – № 4. – С. 45-47.
3. Эпидемиологические и медико-социальные аспекты врожденного сифилиса / Т. А. Сырнева, Н. П. Малишевская, А. В. Макаренко, **Л. Ю. Бердицкая** // IX Всеросс. съезд дерматовенерологов : тез. науч. работ. – М., 2005. – Т. 2. – С. 21.
4. Сифилис в Читинской области / В. Н. Терещенко, **Л. Ю. Бердицкая**, Д. Д. Будаев, М. В. Рябкова // IX Всеросс. съезд дерматовенерологов : тез. науч. работ. – М., 2005. – Т. 2. – С. 33.
5. Усовершенствование организационных технологий по профилактике венерических заболеваний у детей / Т. А. Сырнева, Н. В. Кунгуров, Н. П. Малишевская, А. В. Макаренко, **Л. Ю. Бердицкая**, Г. Г. Коробова, М. А. Уфимцева // : тез. науч. работ. – Екатеринбург, 2006. – С.
6. Сырнева Т. А. Сифилис у беременных и новорожденных в Читинской области /Т. А. Сырнева, **Л. Ю. Бердицкая** // : сб. материалов конференции. – Екатеринбург, 2007. – С. 92.
7. Сырнева Т. А. Медицинские и социальные аспекты сифилиса у беременных и новорожденных и основные направления по его контролю и профилактике /Т. А. Сырнева, А. В. Макаренко, **Л. Ю. Бердицкая** // II Всеросс. конгресс дерматовенерологов : тез. науч. работ. – С-Петербург, 2007. – С. 148-149.
8. Бердицкая Л. Ю. Психологический портрет беременных, больных сифилисом /**Л. Ю. Бердицкая**, Т. А. Сырнева / X Всероссийский съезд дерматовенерологов : тез. науч. работ. – М., 2008. – С. 52.
9. Сырнева Т. А. Социально-эпидемиологический и психологический портрет беременных, больных сифилисом / Т. А. Сырнева, С. И. Глуховская, **Л. Ю. Бердицкая**, Т. М. Романова, О. А. Воронова // : сб. материалов конференции. – Екатеринбург, 2008. – С. 77.
10. Сырнева Т.А. Межведомственное взаимодействие дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных : пособие для врачей / Т. А. Сырнева, А. В. Макаренко, Н. П. Малишевская, Т. А. Обоскалова, **Л. Ю.Бердицкая.** – Екатеринбург, 2007. – 17 с.