

© О. А. Кокина¹, В. А. Гурьева²,
Н. В. Евтушенко², Т. В. Немцева²

¹ ГУЗ Алтайский краевой кожно-
венерологический диспансер, г. Барнаул

² ГОУ ВПО «Алтайский государственный
университет Росздрава», г. Барнаул

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ И ИСХОДОВ БЕРЕМЕННОСТИ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ОБЪЕМА И СВОЕВРЕМЕННОСТИ ТЕРАПИИ СИФИЛИСА

УДК: 618.3-06:616.972

■ Оценка влияния сифилитической инфекции на течение и исходы беременности, в зависимости от объема и своевременности терапии, установила, что позднее начало терапии сифилиса у беременной или ее отсутствие обуславливают с достоверной значимостью неблагоприятные течение беременности (угроза прерывания беременности, хроническая фетоплацентарная недостаточность, синдром задержки развития плода) и перинатальные исходы (врожденный сифилис, перинатальная смертность, гипотрофия).

■ Ключевые слова: сифилис;
беременность; новорожденные.

Внутриутробные инфекции, в том числе сифилис, занимают большой удельный вес в структуре заболеваемости и смертности новорожденных и оказывают значительное влияние на состояние здоровья детей [2, 9, 10, 13, 14].

Заболеваемость сифилисом, как в России, так и за рубежом, является одной из значимых медико-социальных проблем [1, 2, 3, 8]. Известно, что особую опасность сифилитическая инфекция представляет для здоровья беременной, в связи с риском вертикального инфицирования плода. Именно беременные и новорожденные в условиях эпидемической ситуации сифилиса оказываются самым уязвимым контингентом [2]. Заболеваемость сифилисом беременных в большинстве регионов РФ имеет тенденцию роста [7, 11, 12]. По данным М. А. Ивановой, в РФ среди женщин больных сифилисом шестую часть составляют беременные [2].

Врожденный сифилис является результатом отсутствия лечения, либо фактом неадекватного лечения матери [6, 12].

В Алтайском крае заболеваемость сифилисом в период с 2002 по 2009 год превышает таковую в РФ, при этом она у городских женщин выше, чем у сельских (в 2009 г. — 53,7 и 46,3 %, $p < 0,05$), частота в возрастной группе максимальной фертильности «20–29 лет» самая высокая (в 2002 г. — 44,5 %; в 2009 г. — 49,2 %). Наблюдается четкий рост скрытого раннего сифилиса (59,7 и 64,2 на 100 тыс. населения), что определяет увеличение частоты встречаемости сифилиса у беременных, учитывая «накопление» инфекции среди населения. Вышеуказанные негативные тенденции в крае продиктовали необходимость более углубленного исследования влияния терапии сифилиса на течение и исходы беременности.

Цель исследования

Изучить течение и исходы беременности в зависимости от объема и своевременности терапии сифилиса.

Материалы и методы

Оценка влияния сифилитической инфекции на течение и исходы беременности, в зависимости от объема и своевременности терапии, проводилась на основании изучения течения и исхода родов у 471 беременной (основная группа).

В зависимости от проведенного объема лечения, все беременные с сифилитической инфекцией были разделены на 3 группы.

Первая группа включала 331 женщину, которые рано встали на диспансерный учет по беременности и получили пол-

ный курс специфического и профилактического лечения по сифилису согласно методическим указаниям МЗРФ (1999) в первом триместре [4]. Вторую группу составили 87 беременных, получивших не полное специфическое или профилактическое лечение по поводу сифилиса в связи с поздней явкой. Третья группа включила в себя 53 беременные женщины, которые не состояли на диспансерном учете и не получали лечение по поводу сифилиса. Группа сравнения (четвертая) состояла из 453 беременных, не имевших в анамнезе сифилиса. Группы сравнения были рандомизированы по возрасту, паритету, соматической и гинекологической патологии.

Состояние фетоплацентарного комплекса оценивали, по данным ультразвукового исследования (УЗИ), доплерометрии с оценкой маточно-плацентарного кровотока. Функциональное состояние плода изучали по параметрам фетометрии, показателям плодовой гемодинамики, данным кардиотокографии. Ультразвуковое сканирование выполнялось на аппарате Siemens с системой визуализации Sonolain Elegra, работающем в реальном масштабе времени, с использованием конвексных датчиков с частотой 3,5 5,0 и 6,0 МГц. В процессе УЗИ проводилась плацентометрия, фетометрия, при которой определяли бипариетальный размер головки, окружность живота, окружность головы, длину бедренной кости и оценка фетоплацентарного комплекса. Показатели доплерометрии, определяющиеся при ультразвуковом исследовании, сравнивались с нормативными по А. Н. Стрижакову, 1991 год. КТГ исследование проводилось с помощью автоматизированного фетального монитора — анализатора состояния плода «АУСП 1-02», с компьютерной оценкой состояния плода. Запись КТГ выполняли в течение 40–60 минут. Состояние фетоплацентарного комплекса оценивалось так же на основании морфологического исследования плаценты.

Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар, антропометрическим данным. Выявлялись признаки морфо-функциональной незрелости и синдрома задержки развития плода (СЗРП). По совокупности морфологических и функциональных признаков проводили оценку зрелости плода. Задержку внутриутробного роста и развития диагностировали по таблице основных параметров физического развития при рождении в зависимости от гестационного срока (Деменьтьева Г. М., Короткова Е. Ф.). Новорожденным с клиническими проявлениями перинатального поражения центральной нервной системы на 3–7-е сутки проводили

нейросонграфическое исследование на аппарате Siemens, работающем в реальном масштабе времени, с использованием линейного датчика с частотой 3,5 МГц. Исследование осуществлялось по стандартной методике через большой родничок в коронарной и сагиттальной плоскости.

Статистическая обработка полученных данных проводилась на персональном компьютере с помощью программы «Statistica 6.0» с определением средних значений (М), ошибки средней (m), критерия достоверности Стьюдента–Фишера (t), уровня значимости (p), критерия однородности χ^2 . Различия считались достоверными при $p < 0,05$ или $\chi^2 > 3,8$. Непараметрические данные рассчитывались по критерию Манна-Уитни Вилкоксона. Различия считались достоверными при $W > 1,96$.

Результаты исследования и их обсуждение

У женщин основной группы гестационный срок первой явки в женскую консультацию был различным, в связи с чем не все беременные могли своевременно получить полный курс специфического и профилактического лечения по сифилису согласно методическим указаниям МЗРФ (1999) [4].

Сравнительная оценка течения беременности, у беременных в группах, получивших полный объем терапии (первая), неполный (вторая), не принимавших лечение (третья) установила значимо более частые осложнения у не получавших лечение по сравнению с прошедшими полный и не полный курс лечения и с беременными группами сравнения (табл. 1).

У женщин 2-й и 3-й групп чаще, чем у неинфицированных сифилисом женщин выявлена угроза раннего выкидыша ($28,7 \pm 4,8$, $30,2 \pm 6,3$ и $17,9 \pm 1,8\%$ соответственно). В группе женщин, получивших полный курс терапии, по сравнению с беременными пролеченными не в полном объеме, реже встречалась угроза позднего выкидыша ($16,3 \pm 2,0$ и $26,4 \pm 4,7\%$) и угроза преждевременных родов ($1,8 \pm 0,7$ и $8,0 \pm 2,9\%$ соответственно), плацентарная недостаточность в стадии субкомпенсации в 1-й группе встречалась реже ($6,9 \pm 1,4$ и $16,1 \pm 3,9\%$), также как и синдром задержки развития плода, по сравнению с пациентками, получившими не полный курс терапии — 2-я группа ($25,7 \pm 2,4$ и $39,1 \pm 5,2\%$ соответственно). Как видно из таблицы 1, беременные, не получавшие специфического лечения сифилиса, имели наиболее частые осложнения по сравнению со всеми другими группами женщин. В виде угрозы прерывания беременности раннего срока, преждев-

Таблица 1

Частота осложненного течения у женщин в группах сравнения

Осложнения настоящей беременности	Основная группа			4-я группа сравнения, n=453
	1-я группа Полное лечение, n=331	2-я группа Неполное лечение, n=87	3-я группа Без лечения, n=53	
	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	
Угрожающий ранний выкидыш	75 (22,7±2,3)	25 (28,7±4,8) $p_{2,4}<0,05$	16 (30,2±6,3) $p_{3,4}<0,05$	81 (17,9±1,8)
Угрожающий поздний выкидыш	54 (16,3±2,0) $p_{1,2}<0,05$	23 (26,4±4,7) $p_{1,2}<0,05$	11 (20,8±5,6)	72 (15,9±1,7) $p_{2,4}<0,05$
Угрожающие преждевременные роды	6 (1,8±0,7) $p_{1,4}<0,05$	7 (8,0±2,9) $p_{1,2}<0,05$ $p_{2,3}<0,05$	17 (32,1±6,4) $p_{1,3}<0,05$	55 (12,1±1,5) $p_{3,4}<0,05$
Гестоз	99 (29,9±2,5)	23 (26,4±4,7)	15 (28,3±6,2)	134 (29,6±2,1)
• в т. ч. гестоз средней степени тяжести	20 (6,0±1,3)	7 (8,0±2,9)	5 (9,4±4,0)	23 (5,1±1,0)
ХФПН	149 (45,0±2,7) $p_{1,4}<0,05$	48 (55,2±5,3) $p_{2,4}<0,05$	36 (67,9±6,4) $p_{1,3}<0,05$	138 (30,5±2,2) $p_{3,4}<0,05$
• в т. ч. ХФПН в стадии субкомпенсации	23 (6,9±1,4) $p_{1,3}<0,05$	1 (16,1±3,9) $p_{1,2}<0,05$	12 (22,6±5,7) $p_{3,4}<0,05$	26 (5,7±1,1) $p_{2,4}<0,05$
• в т. ч. СЗРП	85 (25,7±2,4) $p_{1,3}<0,05$	34 (39,1±5,2) $p_{1,2}<0,05$	24 (45,3±6,8) $p_{3,4}<0,05$	47 (10,4±1,4) $p_{2,4}<0,05$ $p_{1,4}<0,05$
Примечание: $p_{1,2}$ — достоверность различия 1-й и 2-й групп; $p_{1,3}$ — достоверность различия 1-й и 3-й групп; $p_{1,4}$ — достоверность различия 1-й и 4-й групп; $p_{2,3}$ — достоверность различия 2-й и 3-й групп; $p_{2,4}$ — достоверность различия 2-й и 4-й групп; $p_{3,4}$ — достоверность различия 3-й и 4-й групп.				

Таблица 2

Исходы настоящей беременности в группах сравнения

Исходы настоящей беременности	Основная группа			4-я группа сравнения, n=453
	1-я группа Полное лечение, n=331	2-я группа Неполное лечение, n=87	3-я группа Без лечения, n=53	
	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	
Срочные роды	273 (82,5±2,1) $p_{1,3}<0,05$	66 (75,9±4,6) $p_{2,4}<0,05$	13 (24,5±5,9) $p_{2,3}<0,05$	397 (87,6±1,5) $p_{3,4}<0,05$
Преждевременные роды	29 (8,8±1,6) $p_{1,3}<0,05$	11 (12,6±3,6) $p_{2,3}<0,05$	22 (41,5±6,8) $p_{3,4}<0,05$	24 (8,8±1,6) $p_{2,4}<0,05$
Запоздалые роды	26 (7,9±1,5)	9 (10,3±3,3)	8 (15,1±4,9)	30 (6,6±1,2)
Самопроизвольный выкидыш	3 (0,9±0,5) $p_{1,3}<0,05$	1 (1,1±1,1) $p_{2,3}<0,05$	10 (22,6±5,7) $p_{3,4}<0,05$	21 (0,4±0,3)
Примечание: $p_{1,2}$ — достоверность различия 1-й и 2-й групп; $p_{1,3}$ — достоверность различия 1-й и 3-й групп; $p_{1,4}$ — достоверность различия 1-й и 4-й групп; $p_{2,3}$ — достоверность различия 2-й и 3-й групп; $p_{2,4}$ — достоверность различия 2-й и 4-й групп; $p_{3,4}$ — достоверность различия 3-й и 4-й групп.				

ременных родов, хронической плацентарной недостаточности и синдрома задержки развития плода.

При исследовании исходов беременностей (табл. 2) установлено, что достоверно большее

количество наблюдалось самопроизвольных выкидышей (22,6±5,7%) у беременных не принимавших лечение (3-я группа), по сравнению с пациентками, пролеченными в полном объеме (0,9±0,5%, $p<0,01$), а также принявших не пол-

Таблица 3

Перинатальные исходы настоящей беременности в группах сравнения

Осложнения настоящей беременности	Основная группа			4-я группа, n=453
	1-я группа Полное лечение, n=331	2-я группа Неполное лечение, n=87	3-я группа Без лечения, n=53	
	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	
Детей родилось	328	86	40	451
• в т. ч. живых	324	82	31	446
Перинатальная смертность	5 (15,24±6,7) p _{1,3} <0,05	6 (69,80±27,3) p _{2,3} <0,05	10 (250,0±59,5) p _{3,4} <0,05	6 (13,30±5,4) p _{2,4} <0,05
Мертворожденные	4 (12,29±6,1) p _{1,3} <0,05	4 (46,5±22,6) p _{2,3} <0,05	9 (225,0±57,4) p _{3,4} <0,05	5 (11,08±4,9)
• в т. ч. антенатальная гибель	3 (9,14±5,2) p _{1,3} <0,05	4 (46,5±22,6) p _{2,3} <0,05	9 (225,0±57,4) p _{3,4} <0,05	4 (8,86±4,4) p _{3,4} <0,05
• в т. ч. интранатальная гибель	1 (3,04±3,0)	—	—	1 (2,21±2,2)
Ранняя неонатальная смертность	1 (3,08±3,0)	2 (24,4±16,5)	1 (32,25±24,3)	1 (2,24±2,2)
Примечание: p _{1,2} — достоверность различия 1-й и 2-й групп; p _{1,3} — достоверность различия 1-й и 3-й групп; p _{1,4} — достоверность различия 1-й и 4-й групп; p _{2,3} — достоверность различия 2-й и 3-й групп; p _{2,4} — достоверность различия 2-й и 4-й групп; p _{3,4} — достоверность различия 3-й и 4-й групп.				

ный курс (1,1±1,1 %, p<0,01) и с группой сравнения (0,4±0,3 %, p<0,01).

Частота срочных (82,5±2,1 и 87,6±1,5 %), преждевременных (8,8±1,6 и 5,3±1,1 %) и запоздалых родов (7,9±1,5 и 6,6±1,2 %) у беременных, получивших полное лечение, по поводу сифилиса достоверно не отличалась от группы сравнения. При не полном лечении преждевременные роды встречались чаще (12,6±3,6 и 5,3±1,1 %), а срочные роды — реже (75,9±4,6 и 87,6±1,5 %).

Установлена более низкая перинатальная смертность у беременных, получивших полный курс терапии, по сравнению с получившими не полное лечение (15,24±6,7 и 69,80±27,3 %) и по сравнению с не получившими лечение (15,24±6,7 и 250,0±59,5 %), при этом не различались с не болеющими сифилисом (15,24±6,7 и 13,30±5,4 %). Частота мертворождаемости, антенатальной, интранатальной гибели плода, ранней неонатальной смертности не различалась у получивших полный объем терапии сифилиса с не болеющими сифилисом женщинами (табл. 3).

Новорожденные, матери которых получили полный курс лечения, имели более высокую оценку по шкале Апгар на первой и пятой минутах после рождения. Так, гипоксия тяжелой степени на 1-й минуте после рождения выявлена достоверно чаще у новорожденных, матери которых

не получали специфическое лечение (16,1±5,0 %), а гипоксия средней степени — у 32,3±6,4 %, что в 1,6 раза больше, чем во 2-й группе (20,7±4,3 %) и в 2 раза больше чем в первой группе и в группе сравнения (16,3±2,0 и 14,8±1,7 %, соответственно) (табл. 4).

На 5-й минуте у 32,3±6,4 % новорожденных, матери которых не получили терапию по поводу сифилиса сохранялась гипоксия средней степени тяжести, тогда как в первой группе и в группе сравнения большинство новорожденных не имели гипоксии, а во второй группе находились в состоянии легкой степени гипоксии. С одинаковой частотой у 8,9±1,6 % детей 1-й группы и 6,9±1,2 % у детей, матери которых не болели сифилисом, установлена гипоксия средней степени тяжести (табл. 4).

По данным морфологического исследования плацент у беременных, не получивших лечения по поводу сифилиса, в 100 % случаев выявлены явления базального децидуита и в 83,3 % хориоамнионита, в 66,6 % случаев установлен флебит, виллузит и интервиллузит. У пациенток второй группы хориоамнионит наблюдался в 73 % случаев, базальный децидуит имел место в 65 % случаев, что достоверно меньше, чем в группе женщин, не получивших лечения по поводу сифилиса (p<0,05). Виллузит и интервиллузит во

Таблица 4

Состояние новорожденных по шкале Апгар на 1-й и 5-й минутах жизни в группах сравнения

Исходы настоящей беременности	Основная группа			4-я группа сравнения, n=453
	1-я группа Полное лечение, n=331	2-я группа Неполное лечение, n=87	3-я группа Без лечения, n=53	
	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)
1-я минута жизни				
<3 баллов	5 (1,5±0,7) $p_{1,3} < 0,05$	3 (3,7±2,0) $p_{2,3} < 0,05$	5 (16,1±5,0) $p_{3,4} < 0,05$	4 (0,9±0,4)
4–6 баллов	53 (16,3±2,0) $p_{1,3} < 0,05$	17 (20,7±4,3)	10 (32,3±6,4) $p_{3,4} < 0,05$	66 (14,8±1,7)
7 баллов	192 (59,3±2,7)	51 (62,2±5,2)	16 (51,6±6,9)	195 (43,7±2,3)
5-я минута жизни				
<3 баллов	1 (0,3±0,3)	2 (2,4±1,6)	1 (3,2±2,4)	1 (0,2±0,2)
4–6 баллов	29 (8,9±1,6) $p_{1,3} < 0,05$	13 (15,9±3,9) $p_{2,3} < 0,05$	10 (32,3±6,4) $p_{3,4} < 0,05$	31 (6,9±1,2)
7 баллов	129 (39,8±2,7) $p_{1,2} < 0,05$	47 (57,3±5,3) $p_{2,4} < 0,05$	20 (64,5±6,6) $p_{1,3} < 0,05$	132 (29,6±2,1) $p_{3,4} < 0,05$
Примечание: $p_{1,2}$ — достоверность различия 1 и 2 групп; $p_{1,3}$ — достоверность различия 1 и 3 групп; $p_{1,4}$ — достоверность различия 1 и 4 групп; $p_{2,3}$ — достоверность различия 2 и 3 групп; $p_{2,4}$ — достоверность различия 2 и 4 групп; $p_{3,4}$ — достоверность различия 3 и 4 групп.				

Таблица 5

Состояние здоровья новорожденных в группах сравнения

Исходы настоящей беременности	Основная группа			4-я группа сравнения, n=453
	1-я группа Полное лечение, n=331	2-я группа Неполное лечение, n=87	3-я группа Без лечения, n=53	
	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)	Абс. (%±m)
Ранний врожденный сифилис	0	0	18 (34,0±6,5)	0
Церебральные нарушения.	182 (56,2±2,7) $p_{1,2} < 0,05$ $p_{1,4} < 0,05$	60 (73,2±4,7) $p_{2,4} < 0,05$	49 (92,4±3,4) $p_{1,3} < 0,01$ $p_{2,3} < 0,05$	91 (20,4±1,9) $p_{3,4} < 0,01$
• в т. ч. церебральная ишемия средней и тяжелой степени	109 (33,6±2,6) $p_{1,2} < 0,05$ $p_{1,4} < 0,05$	44 (53,7±5,3) $p_{2,3} < 0,05$	41 (77,4±5,7) $p_{1,3} < 0,05$ $p_{3,4} < 0,01$	45 (10,1±1,4) $p_{2,4} < 0,05$
• в т. ч. синдром внутречерепной гипертензии	30 (9,3±1,6) $p_{1,2} < 0,05$ $p_{1,3} < 0,05$	16 (19,5±4,2) $p_{2,3} < 0,05$	14 (26,5±6,0) $p_{3,4} < 0,05$	29 (6,5±1,2) $p_{2,4} < 0,05$
Респираторный дистресс-синдром	17 (5,2±1,2)	9 (10,3±3,4)	5 (9,4±3,9)	22 (4,9±1,0)
Морфо-функциональная незрелость	33 (10,2±1,7) $p_{1,3} < 0,01$	7 (8,5±3,0) $p_{2,3} < 0,01$	19 (35,8±6,5) $p_{3,4} < 0,01$	38 (8,5±1,3)
Задержка внутриутробного развития, гипотрофия	76 (23,5±2,3) $p_{1,3} < 0,05$ $p_{1,4} < 0,05$	28 (34,1±5,1) $p_{2,4} < 0,05$	19 (35,8±6,5) $p_{3,4} < 0,05$	52 (11,7±1,5)
Уродства и пороки	9 (2,8±0,9) $p_{1,3} < 0,05$	3 (3,7±2,0)	5 (9,4±3,9)	23 (5,2±1,0)
Примечание: $p_{1,2}$ — достоверность различия 1-й и 2-й групп; $p_{1,3}$ — достоверность различия 1-й и 3-й групп; $p_{1,4}$ — достоверность различия 1-й и 4-й групп; $p_{2,3}$ — достоверность различия 2-й и 3-й групп; $p_{2,4}$ — достоверность различия 2-й и 4-й групп; $p_{3,4}$ — достоверность различия 3-й и 4-й групп.				

2-й группе встречался в 2,5 раза реже, чем в 3-й ($p < 0,05$), а в группе женщин, которые получили полный курс лечения и в группе сравнения, не наблюдался вовсе. В 3-й группе достоверно чаще, чем в 1-й и группе сравнения выявлена декомпенсированная хроническая недостаточность плаценты ($p < 0,05$).

Анализ заболеваемости новорожденных в группах сравнения в раннем неонатальном периоде установил также различия в зависимости от объема полученной специфической терапии.

Как следствие отсутствия лечения сифилиса во время беременности, только у женщин 3-й группы из 53 родившихся детей, в 18 случаях ($34,0 \pm 6,5\%$) выставлен диагноз врожденного сифилиса (табл. 5). Церебральные нарушения в этой группе установлены у преимущественного большинства новорожденных ($92,4 \pm 3,4\%$). У детей, родившихся от женщин, получивших неполное лечение, встречаемость нарушений мозгового кровообращения (НМК) была меньше ($73,2 \pm 4,7\%$, $p < 0,05$), в группе прошедших лечение — НМК встречалось у половины новорожденных ($56,2 \pm 2,7\%$, $p < 0,01$), а в группе сравнения — у каждого пятого новорожденного ($20,4 \pm 1,9\%$) с достоверными различиями. При этом частота церебральной ишемии средней и тяжелой степени чаще встречалась именно у детей, матери которых не лечились ($77,4 \pm 5,7\%$, $p < 0,05$). Значимо реже данная патология установлена у детей, матери которых прошли полный курс терапии ($33,6 \pm 2,6\%$, $p < 0,05$), однако при этом она была в три раза более частой по сравнению с детьми, матери которых не болели ($10,1 \pm 1,4\%$, $p < 0,01$).

Также чаще наблюдались у не леченных внутриутробно новорожденных задержка развития и гипотрофия ($35,8 \pm 6,5\%$, $p < 0,01$), по сравнению с группой женщин, которые прошли полный курс лечения ($23,5 \pm 2,3\%$, $p < 0,05$) и по сравнению с не болеющими сифилисом ($11,7 \pm 1,5\%$, $p < 0,05$).

Выводы

Таким образом, приведенные данные свидетельствуют о том, что течение и исходы беременности зависели от объема проведенной терапии по поводу сифилиса.

Ранняя диагностика сифилиса во время беременности и своевременно проведенная специфическая терапия, а также диспансерное наблюдение дают возможность пролонгировать беременность, позволяя снизить удельный вес преждевременных родов, снизить частоту осложнений течения беременности, перинатальной патологии и частоту врожденных форм сифилитической инфекции.

Литература

1. Вислобоков А. В. Особенности эпидемиологии врожденного сифилиса в сельской местности // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2006. — № 3. — С. 43–46.
2. Иванова М. А. Заболеваемость сифилисом среди населения репродуктивного возраста. — 2010. URL <http://www.mednet.ru/ru/zdoroviy-obrazzhizni/profilaktika/profilaktika-zabolevanij-u-vzroslyx/profilaktika-nekotoryx-infekzionnyx-i-parazitarnyx-boleznej/profilaktika-sifilisa/574.html>.
3. Лабораторная диагностика ИППП в Российской Федерации. Результаты национального исследования / Н. В. Фриго [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2008. — № 5. — С. 33–41.
4. Лечение и профилактика сифилиса: методические указания. — М., 1999. — 20 с.
5. Мазурин А. В., Воронцов И. М. Пропедевтика детских болезней. — М.: Медицина, 1985. — 432 с.
6. Панкратов О. В., Панкратов В. Г. Врожденный сифилис: учебно-методическое пособие. — Минск, 2005. — 113 с.
7. Прохоренков В. И., Карачева Ю. В. Современные представления об инфекционном процессе при сифилисе // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2000. — № 4. — С. 4–8.
8. Скрипкин Ю. К. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей. В 2-х т. Т. 1 / ред. Ю. К. Скрипкин, В. Н. Мордовцев. — 2-е изд. — М.: Медицина, 1999. — 879 с.
9. Туманова Е. Л. Патологическая анатомия раннего врожденного сифилиса: автореф. дис. ... д-ра. мед. наук. — М., 2004. — 42 с.
10. Физическое и психомоторное развитие детей первого года жизни, родившихся у матерей, больных или болевших сифилисом (по данным домов ребенка Москвы) / Н. А. Бакуридзе [и др.] // Вестник дерматологии и венерологии. — 2005. — № 3. — С. 81–83.
11. Чеботарев В. В., Павлик Е. Е., Халайчева Л. В. О врожденном сифилисе // Вестник дерматологии и венерологии. — 1997. — № 1. — С. 41–44.
12. Юлдашев К. А., Магзупов Б. А., Парниев З. А. Беременность и сифилис. // Вестник дерматологии и венерологии. — 2003. — № 3. — С. 34–35.
13. Domeika M. Epidemiologi and Menedgement of Sexually transmitted infections in Europe // Modern approach to the diagnostics, treatment and prophylaxis of sexually transmitted diseases: Int. Scien. Pract. Conf. — Grodno, 2005. — P. 13–16.
14. Sweet R. L., Gibbs R. S. Sexually transmitted diseases // Infections diseases of the female genital tract. — 2-nd ed. — Baltimore: Williams Wilkins, 1990. — P. 122–126.

Статья представлена О. Н. Аржановой,
НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта СЗО РАМН,
Санкт-Петербург

FEATURES OF FLOW AND ENDS OF PREGNANCY
DEPENDING ON A VOLUME AND TIMELINESS OF THERAPY
OF SYPHILIS

V. A. Guryeva, O. A. Kokina, N. V. Evtushenko,
T. V. Nemtseva

■ **Summary:** Evaluation of influence syphilitic infection on course and pregnancy termination depending on timeliness and therapy extent establishes that the late beginning of using syphilis therapy or its absence in pregnant women cause unfavorable : low of pregnancy (threat of breaking pregnancy, chronic fetoplacental insufficiency, syndrome of delay of development) and perinatal pregnancy termination (congenital syphilis, perinatal mortality, hypotrophy).

■ **Key words:** syphilis; pregnancy; newborn.

■ Адреса авторов для переписки

Гурьева Валентина Андреевна — д. м. н., профессор, заслуженный врач РФ, зав. кафедрой акушерства и гинекологии ФПК и ППС АГМУ. ГОУ ВПО «Алтайский государственный университет Росздрава». Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40, г. Барнаул, 656038.
E-mail: rector@agmu.ru.

Кокина Оксана Александровна — врач. ГУЗ Краевой кожно-венерологический диспансер. 656058, Алтайский край, г. Барнаул, ул. Шумакова, 51–37.
E-mail: oksana3121@bk.ru.

Евтушенко Нина Васильевна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС АГМУ. ГОУ ВПО «Алтайский государственный университет Росздрава». Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40, г. Барнаул, 656038.
E-mail: rector@agmu.ru.

Немцева Татьяна Валентиновна — к. м. н., ассистент кафедры акушерства и гинекологии ФПК и ППС АГМУ. ГОУ ВПО «Алтайский государственный университет Росздрава». Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40, г. Барнаул, 656038.
E-mail: rector@agmu.ru.

Guryeva Valentina — doctor of medicine science, professor, honored doctor RF, manager stand of obstetrics and gynecology. Federal educational establishment of higher professional training Altai state medical university RF public health care. Pr. Lenin 40, Barnaul, Russia, 656038.
E-mail: rector@agmu.ru.

Kokina Oksana — doctor. Federal medical agency Regional dermatovenerologic dispensary. St. Shumakova 51–37, Barnaul, Russia, 656058.
E-mail: oksana3121@bk.ru.

Evtushenko Nina — claim of medicine science, assistant of obstetrics and gynecology. Federal educational establishment of higher professional training Altai state medical university RF public health care. Pr. Lenin 40, Barnaul, Russia, 656038.
E-mail: rector@agmu.ru.

Nemtseva Tatiana — claim of medicine science, assistant of obstetrics and gynecology. Federal educational establishment of higher professional training Altai state medical university RF public health care. Pr. Lenin 40, Barnaul, Russia, 656038.
E-mail: rector@agmu.ru.