

© О. А. Кокина, В. А. Гурьева,
Т. В. Немцева

ГУЗ Краевой кожно-венерологический
диспансер;
ГОУ ВПО «Алтайский государственный
университет Росздрава», г. Барнаул,
Россия

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ СИФИЛИСОМ. ВЛИЯНИЕ ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ И ИСХОДЫ БЕРЕМЕННОСТИ

УДК: 618.3-06:616.972]-07

■ Изучена распространенность сифилиса в Алтайском крае за 16 лет (1991–2006 гг.) и структура данной инфекции за 5 лет (2002–2006 гг.) в сравнении с РФ, выделены ее основные особенности. Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом, ее уровень можно охарактеризовать как высокий, превышающий доэпидемический уровень 1991 года более чем в 60 раз, когда заболеваемость составляла всего лишь 0,9 на 100 тыс. населения.

В структуре сифилитической инфекции выявлено преобладание скрытых форм по сравнению с первичными и вторичными формами сифилиса в 3 и 4,5 раза, соответственно. Несмотря на общую тенденцию снижения заболеваемости сифилисом, выявлен факт увеличения более чем в 2 раза с 8,1 % до 18,4%, за последние 11 лет, удельного веса беременных среди больных сифилисом женщин наиболее активного репродуктивного возраста — 20–39 лет.

При интервьюировании 136 беременных женщин с сифилисом и анализе 136 экстренных извещений о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса (ф. № 089/у-кв) выделены значимые медико-социальные и клинико-эпидемиологические аспекты заболеваемости данного контингента.

На основании проведенного анализа 274 амбулаторных карт беременных, историй родов и развития новорожденных, у пациенток с установленным диагнозом сифилис показано различие течения и исходов беременности, состояние здоровья новорожденных в зависимости от времени начала и полноты лечения.

■ **Ключевые слова:** сифилис; беременность; новорожденные; плацента.

Известно, что венерические болезни одна из актуальных социальных проблем современности, вследствие большой распространенности, тяжести последствий для больных, влияния на репродуктивное здоровье населения. Сифилис среди данных инфекций, по результатам многих исследований, занимает достаточно большой удельный вес (20,9%), являясь наиболее показательной инфекцией социального неблагополучия общества [1, 8]. В структуре заболеваемости сифилисом значительную долю составляют скрытые формы, чаще регистрируемые в возрастной группе 20–40 лет и чаще у женщин, что определяет эпидемиологическую значимость данного контингента больных, способствующую «накоплению» инфекции среди населения [2, 3, 5]. Беременные и новорожденные в условиях эпидемической ситуации сифилиса оказываются самым уязвимым контингентом.

Цель исследования

Исследование структуры и частоты общей заболеваемости сифилисом в Алтайском крае, изучение особенностей заболеваемости сифилисом у женщин репродуктивного возраста и влияние его на течение, исходы беременности и состояние новорожденных в зависимости от объема лечения.

Материалы и методы

Исследование распространения сифилиса в Алтайском крае за 16 лет (1991–2006 гг.), структуры данной инфекции за последний пятилетний период (2002–2006 гг.), динамики удельного веса женщин репродуктивного возраста и беременных среди больных сифилисом за 11 лет (1996–2006 гг.) проведено на основании анализа данных официальной статистической отчетной документации органов управления здравоохранением и ЛПУ по формам № 9, 34 и ежегодных сборников «Состояние здоровья населения и деятельность здравоохранения Алтайского края». При сравнении статистических данных РФ и Алтайского края нами были использованы сборники «Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2004–2005 и 2006–2007 годы (статистические материалы)» [6, 7].

Изучение медико-социальных и клинико-эпидемиологических аспектов заболеваемости у беременных женщин проводилось путем статистической обработки 136 экстренных извещений о больном с вновь установленным диагнозом сифилиса (ф. № 089/у-кв), интервьюирования 136 беременных больных сифилисом.

Оценка влияния сифилитической инфекции на течение и исходы беременности в зависимости от объема терапии, а также



Рис. 1. Динамика заболеваемости сифилисом в РФ и Алтайском крае с 1991 по 2006 гг.

состояние здоровья новорожденных, проводилась на основании ретроспективного анализа 274 амбулаторных карт беременных (ф. №113), историй родов (ф. №096/у) и развития новорожденных (ф. №097/у) у пациенток с установленным диагнозом сифилиса до и во время беременности. В зависимости от проведенного объема лечения все беременные были разделены на 3 группы. Первая группа включала 208 женщин (75,9%), которые получили полный курс специфического и профилактического лечения сифилиса, согласно методическим указаниям МЗ РФ 1999 г. [4]. Вторую группу составили 45 беременных (16,4%), получивших неполное специфическое или неполное профилактическое лечение по поводу сифилиса, либо не получившие профилактическое лечение. В третью группу вошла 21 беременная (7,7%), не получавшая лечения по поводу сифилиса. Состояние новорожденных оценивалось по шкале Апгар на 1 и 5 минутах жизни, а также на основании нейросоноскопии. Состояние фетоплацентарного комплекса оценивалось клиническими и параклиническими методами, а также на основании морфологического исследования плаценты.

Результаты и обсуждение

Анализ заболеваемости впервые в жизни установленным сифилисом за 5 лет (2002–2006 гг.) показал, что в крае данный показатель снизился в 1,7 раза, (105,6 и 60,7 на 100 тыс.). За этот период в РФ снижение произошло в 1,8 раза (119,9 и 68,8 на 100 тыс.). Несмотря на снижение заболеваемости сифилисом, ее уровень можно охарактеризовать как высокий, превышающий доэпидемический уровень 1991 года более чем в 60 раз,

когда заболеваемость составляла всего лишь 0,9 на 100 тыс. населения (рис. 1).

В структуре сифилитической инфекции в Алтайском крае за последние 5 лет (табл. 1) установлено преобладание в 3 и 4,5 раза скрытых форм, по сравнению с первичными и вторичными формами сифилиса, что прогностически опасно, так как скрытые формы являются основой для поддержания высокого уровня инфицированности и ведут к тяжелым необратимым изменениям в организме больного [2]. По РФ скрытые формы сифилиса также занимают первое место, но их преобладание в структуре заболеваемости менее существенно: в 2 раза по сравнению с первичными и в 3 раза — с вторичными формами сифилиса (табл. 1).

Эти негативные тенденции в крае (высокая заболеваемость сифилисом, превышающая доэпидемический уровень, преобладание скрытых форм в общей структуре сифилиса), вероятно, обусловили факт увеличения за анализируемые 11 лет удельного веса беременных среди больных сифилисом женщин наиболее активного репродуктивного возраста (20–39 лет) более чем в 2 раза, с 8,1% до 18,4% ($p=0,001$). Это происходит, несмотря на установленную общую тенденцию снижения заболеваемости сифилисом (рис. 2).

При этом наблюдается поздняя диагностика: у каждой четвертой беременной сифилис выявляется во второй половине беременности, у каждой восьмой — в родах, что не предоставляет возможности провести полноценное специфическое лечение.

На основании анализа 136 экстренных извещений о больном с вновь установленным диагнозом

Таблица 1

Частота заболеваемости сифилисом в РФ и Алтайском крае с 2002 по 2006 гг. на 100 тыс. населения

Формы сифилиса	2002		2003		2004		2005		2006	
	РФ	Алт. край	РФ	Алт. край						
Сифилис первичный	21,7 ± 0,1	14,4 ± 0,7 ***	15,5 ± 0,1	11,8 ± 0,7 ***	12,4 ± 0,1	11,3 ± 0,7 ***	10,1 ± 0,1	8,5 ± 0,6 *	9,1 ± 0,1	7,9 ± 0,5
Сифилис вторичный	47,9 ± 0,2	27,8 ± 1,0 ***	36,1 ± 0,2	22,2 ± 0,9 ***	29,4 ± 0,1	23,8 ± 1,0 ***	24,9 ± 0,1	23,1 ± 0,9	22,3 ± 0,1	18,5 ± 0,8 *
Сифилис скрытый ранний	48,9 ± 0,2	63,0 ± 1,5 ***	42,0 ± 0,2	49,3 ± 1,4 ***	35,7 ± 0,2	42,2 ± 1,3 ***	31,5 ± 0,1	38,3 ± 1,2 ***	30,9 ± 0,1	33,8 ± 1,1

Примечание: * — статистическая значимость различий между показателями РФ и Алтайского края по z — критерию с p < 0,05; *** — с p < 0,001

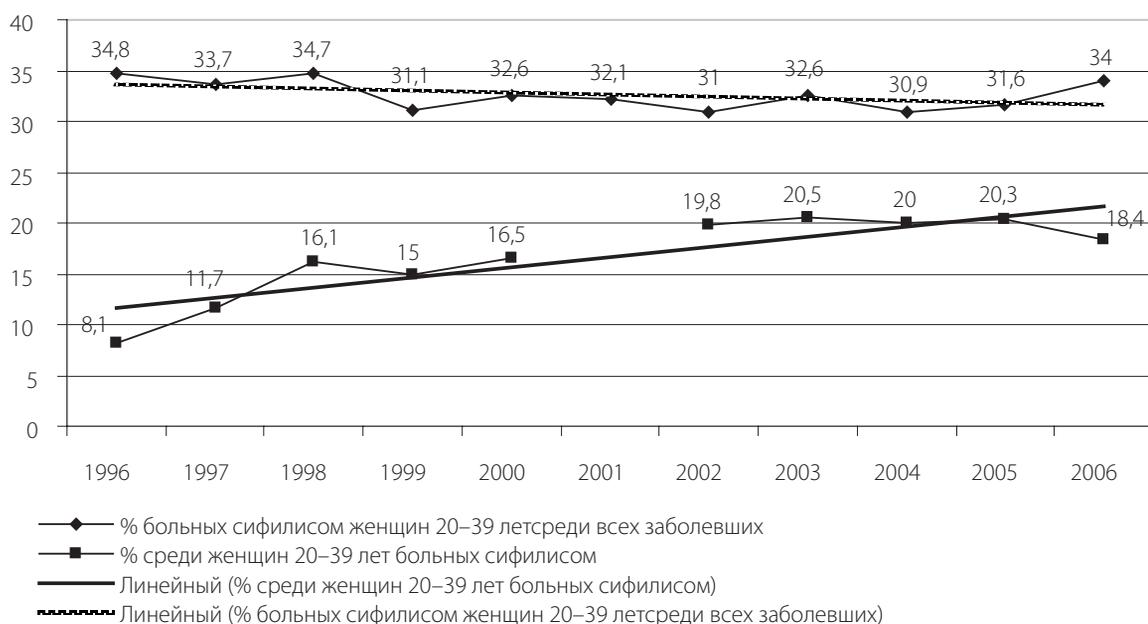


Рис. 2. Динамика удельного веса беременных среди больных сифилисом женщин активного репродуктивного возраста (20–39 лет) в Алтайском крае с 1996 по 2006 гг.

сифилиса (ф. №089/у-кв) выявлена высокая частота скрытых форм у беременных, которая наблюдалась у 91% женщин.

Изучение медико-социальных и клинико-эпидемиологических аспектов заболеваемости путем интервьюирования 136 беременных, больных сифилисом, показало, что 68–70% данной группы женщин находились в молодом, наиболее активном репродуктивном возрасте (20–29 лет), около 60% не имели специального образования, 45% не имели работы и 66% — семьи, 4% женщин не имели официального места жительства. Вредные привычки, прежде всего злоупотребление алкоголем, наблюдались у 10% женщин. Около 80% инфицированных не могли назвать источник заражения, что свидетельствует о беспорядочной половой жизни. Все эти факторы являются в значительной мере взаимосвязанными. Беременные, не имеющие специального образования, какого-либо опыта работы, не занятые общественным трудом, соответственно,

не нуждаются в декретном отпуске, поэтому возможна поздняя явка в женскую консультацию.

Проведенный анализ 274 случаев течения и исходов беременностей показал крайне низкий процент ранней явки беременных в женскую консультацию — 29,2%, причем 35% беременных впервые обратились к врачу после 20 недель беременности и 15,3% — не наблюдались врачом вообще. К причинам поздней явки беременных, вероятно, необходимо отнести следующие социально значимые факторы, установленные в изучаемой группе беременных на основании проведенного анализа: 100% женщин данной группы не состояли в официальном браке, 85,7% из них не работали, 42,9% женщин, не получивших лечения по поводу сифилиса, встали на учет по беременности в женской консультации после 31 недели и такое же количество женщин не наблюдалось у гинекологов по поводу беременности вообще (табл. 2).

Таблица 2

Период постановки на учет в женской консультации по поводу беременности

Срок беременности	1 группа n=208	2 группа n=45	3 группа n=21	Статистическая значимость различий по критерию Хи-квадрат		
	%	%	%	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
До 12 недель	37,5±3,4	4,4±3,1	0	<0,001	0,004	0,995
13–20 недель	23,1±2,9	11,1±4,7	14,3±7,6	0,301	0,887	0,999
21–30 недель	24,5±3,0	15,6±5,4	0	0,612	0,063	0,360
31–40 недель	9,1±2,0	22,2±6,1	42,9±10,8	0,073	<0,001	0,390
Не наблюдались	5,8±1,6	46,7±7,4	42,9±10,8	<0,001	<0,001	0,999

Таблица 3

Исходы предыдущих беременностей

Осложненный акушерский анамнез	1 группа n=208	2 группа n=45	3 группа n=21	Статистическая значимость различий по критерию Хи-квадрат		
	%	%	%	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Постнатальная гибель плода	0	4,4±3,1	14,3±7,6	0,783	<0,001	0,437
Прерывание беременности по социальным показаниям	5,8±1,6	8,9±4,2	42,9±10,8	0,960	<0,001	0,011
Прерывание беременности по медицинским показаниям	4,8±1,5	4,4±3,1	57±10,8	0,989	<0,001	<0,001

Таблица 4

Исходы беременности у пациенток групп сравнения

Исходы настоящей беременности	1 группа n=208	2 группа n=45	3 группа n=21	Статистическая значимость различий по критерию Хи-квадрат		
	%	%	%	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Срочные роды	83,6±2,6	80,0±6,0	28,6±9,9	0,975	<0,001	<0,001
Преждевременные роды	7,7±1,8	8,9±4,2	42,8±10,8	0,999	<0,001	0,011
Самопроизвольный выкидыш	1,0±0,7	0	14,3±7,6	0,991	0,004	0,142
Антенатальная гибель плода	0	0	28,6±9,9	0,999	<0,001	0,003
Ранняя неонатальная гибель плода	0,5±0,5	0	0	0,783	0,399	0,999

При оценке структуры неблагоприятных исходов предыдущих беременностей у женщин 3 группы выявлено, что достоверно чаще имели место прерывания беременности по социальным (42,9%) и медицинским показаниям (57%), а также постнатальная гибель плода (14,3%). Вышеизложенные факты свидетельствуют об определенной социальной дезадаптации описываемого контингента пациенток (табл. 3).

Несвоевременно начатое лечение сифилиса в связи с поздней обращаемостью к гинекологу или венерологу — одна из причин неблагоприятных исходов беременности и рождения детей с врожденным сифилисом [9, 10].

Нам выявлено, что достоверно большее количество преждевременных родов (42,8%) имело место у беременных, которые не получили лечение сифилиса, по сравнению с пациентками, пролеченными в полном объеме (7,7%). Антенатальная гибель плода установлена исключительно только в третьей группе и составила 28,6%. Фетоплацентарная недостаточность чаще

наблюдалась в группе не леченных беременных (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 3 группе ($p \leq 0,05$). Виллузит и интервиллузит во 2 группе встречался в 2,5 раза реже, чем в 3 ($p < 0,05$), а в 1 группе не наблюдался вовсе. В 3 группе достоверно чаще, чем в 1 была выявлена декомпенсированная хроническая недостаточность плаценты ($p < 0,05$).

Анализ заболеваемости новорожденных в раннем неонатальном периоде установил также различия в зависимости от объема полученной специфической терапии по поводу сифилиса. Новорожденные, матери которых получили пол-

Таблица 5

Заболееваемость новорожденных

Осложнения у новорожденных	1 группа n=205	2 группа n=45	3 группа n=18	Статистическая значимость различий по критерию Хи-квадрат		
	%	%	%	P ₁₋₂	P ₁₋₃	P ₂₋₃
Ранний врожденный сифилис	0	0	16,7±8,8	0,999	<0,001	0,001
Церебральная ишемия	59±3,4	76±6,4	83,0±8,9	0,527	0,907	0,989
Церебральная ишемия II степени	36,1±3,4	62,2±7,2	66,7±11,1	0,007	0,240	0,999
СВЧГ (синдром внутрочерепной гипертензии)	8,3±1,9	20,0±6,0	33,3±11,1	0,114	0,029	0,956
НСК (нарушение спинального кровообращения)	3,4±1,3	4,4±3,1	0	0,999	0,997	0,995
Гипотрофия плода	22,4±2,9	40±7,3	50,0±11,8	0,663	0,610	0,999
РДС (респираторный дистресс-синдром)	5,9±1,6	4,4±3,1	0	0,999	0,901	0,995
Физиологическая незрелость новорожденного	11,7±2,2	8,9±4,2	50,0±11,8	0,989	0,001	0,011
Врожденные пороки развития плода	2,0±1,0	4,4±3,1	16,7±8,8	0,958	0,040	0,743

ный курс лечения, имели более высокую оценку по шкале Апгар на первой и пятой минуте после рождения. Так, гипоксия тяжелой степени на 1 минуте после рождения выявлена только у новорожденных, матери которых не получали специфическое лечение — 16,7%, а гипоксия средней степени у 33,3%, что в 1,4 раза больше, чем во 2 группе и почти в 2 раза больше, чем в первой группе. На 5 минуте у 33,3% новорожденных 3 группы сохранилась гипоксия средней степени тяжести, тогда как в первой и второй группах почти все новорожденные имели легкую степень гипоксии ($p < 0,001$), только у одного ребенка 1 группы установлена гипоксия средней степени тяжести. Как следствие отсутствия лечения сифилиса во время беременности из 18 родившихся детей, в 3-х случаях (16,7%) установлен диагноз врожденного сифилиса, каждый второй ребенок был незрелым, в 33,3% наблюдались признаки синдрома внутрочерепной гипертензии, в 16,7% — РДС, в таком же количестве (16,7%) установлены врожденные пороки развития (табл. 5).

Заключение и обсуждение

Таким образом, увеличение скрытых форм сифилиса в крае, несмотря на имеющуюся тенденцию снижения его распространенности, способствовало увеличению у беременных случаев диагностики сифилиса на поздних сроках, неадекватному лечению, росту врожденных форм сифилиса, аномалий развития плода, перинатальной патологии. Низкий уровень образования и культуры поведения, недостаточная осведомленность о путях заражения и профилактики сифилиса, его влиянии на плод могут являться причиной позднего обращения беременных к врачу женской консультации. Тем не менее, в профилактике сифилиса у беременных большую роль играет первичное звено акушерско-гинекологической службы, а именно — женская консультация. Данная си-

туация в крае диктует необходимость выявления групп риска на этапе планирования беременности, проведения им должного обследования, а также информирования о сифилитической инфекции.

Литература

1. Аковбян В. А. Новый серологический комплекс для диагностики сифилиса: вопросы и ответы // ИГПП. — 1999. — №6. — С. 63–65.
2. Беликов А. Н. Разработка и научное исследование основных направлений по снижению инфекций, передаваемых половым путем, на региональном уровне (на примере Калужской области): Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Новосибирск, 2007. — 24 с.
3. Вислобоков А. В. Особенности эпидемиологии врожденного сифилиса в сельской местности // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2006. — №3. — С. 43–46.
4. Лечение и профилактика сифилиса: методические указания. — М., 1999. — 20 с.
5. Прохоренков В. И. Современные представления об инфекционном процессе при сифилисе // Российский журнал кожных и венерических болезней. — 2000. — №4. — С. 4–8.
6. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2003–2004 годы (статистические материалы): сборник. — М., 2006.
7. Ресурсы и деятельность кожно-венерологических учреждений. Заболеваемость за 2005–2006 годы (статистические материалы): сборник. — М., 2007.
8. Скрипкина Ю. К. Кожные и венерические болезни: руководство для врачей. В 2-х т. Т. 1. — 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. Ю. К. Скрипкина, В. Н. Мордовцева. — М.: Медицина, 1999. — 879 с.
9. Risk Factors for Congenital Syphilis in Infants of Women with Syphilis in South Carolina / Moblci J. A. [et al.] // AM J Public Health. — 1998. — Vol. 88. — P. 597–602.
10. The Resurgence of Congenital Syphilis: A Cocaine-Related Problem / Sison C. G. [et al.] // J. Pediatr. — 1997. — Vol. 130. — P. 239–240.

Статья представлена А. М. Савичевой,
ГУ НИИ акушерства и гинекологии им. Д. О. Отта,
Санкт-Петербург

FEATURES OF SYPHILIS AND ITS EFFECTS ON THE COURSE OF PREGNANCY AND DELIVERY

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

■ **Summary:** The incidence of syphilis in the Altai area over the past 16 years (1991–2006), and the pattern of infection within the recent 5 years (2002–2006) have been investigated in a study comparing the regional data with those of the Russian Federation, with the regional specificity being singled out. Despite a decline in the prevalence of syphilis, its level can be defined as high, being 60-fold that of the 1991 pre-epidemic level, when the incidence was as low as 0,9 per every 100,000 individuals. The pattern structure of the syphilitic infection demonstrated a 3 to 4.5-fold prevalence of latent forms over the primary and

secondary forms of the disease, respectively. Despite the overall tendency to a decline in morbidity, the fact of an over 2-fold increase of the ratio of pregnant women from 8,1% to 18,4% among the syphilitic females over the past 11 years, including the women of the most active reproductive ages of 29–39 was of special importance.

In interviewing 136 pregnant women with syphilis and surveying 136 emergency notations about the newly diagnosed patients with syphilis (in accordance with the form No. 089) statistically significant medico-social and clinical-epidemiological aspects of morbidity in that particular patient population have been earmarked.

Based on the surveillance of 274 patient charts of pregnant women as well as the birth histories and development charts of the neonates born to the female patients with the confirmed diagnosis of syphilis, the differences in the course of pregnancy and delivery, as well as the state of health in the neonates depending on the date of initiation and completion of the course of therapy has been demonstrated.

■ **Key words:** syphilis; pregnancy; neonates; placenta.

■ Адреса авторов для переписки

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

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», 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40.
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», 656038, Алтайский край, г. Барнаул, пр. Ленина, 40.
E-mail: rector@agmu.ru

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

Guryeva Valentina Andreevna — d. m. s., 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

Nemtseva Tatiana Valentinovna — c. m. s., 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