

# Епідеміологічні та клінічні аспекти захворюваності на сифіліс у вагітних жінок

Анфілова М. Р.

Вінницький національний медичний університет ім. М. І. Пирогова

## ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЕ И КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ СИФИЛИСОМ СРЕДИ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Анфилова М. Р.

Представлены некоторые эпидемиологические и клинические особенности сифилитической инфекции у 142 беременных женщин, находившихся на лечении в Винницком областном кожно-венерологическом диспансере.

## EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS OF SYPHILIS IN PREGNANT FEMALES

Anfilova M. R.

Some epidemiological and clinical features of syphilitic infection in 142 pregnant women treated at the Vinnytsia regional STI clinic are presented.

**Вступ.** Сифіліс залишається однією з найбільш розповсюджених інфекційних хвороб у багатьох країнах [8]. За даними ВООЗ, щорічно сифілісом у світі хворіє більше 10 млн. осіб; також сучасні дослідження свідчать про те, що клінічний перебіг та епідеміологія сифілітичної інфекції змінилися [7, 9]. Дослідження поширеності сифілітичної інфекції виявляє тенденцію до зростання захворюваності серед вагітних. Вагітність у жінок на фоні сифілітичної інфекції може супроводжуватись гестозом, анемією, передчасними пологами, слабкістю родової діяльності [1, 4]. Беззаперечним є також той факт, що захворюваність на сифіліс серед вагітних жінок загострює проблему вродженого сифілісу; адже і лікаря, і майбутню мати найбільше цікавить прогноз стану майбутньої дитини [10, 13]. Залишається багато невирішених питань щодо такої вагітності: чому у деяких жінок, які отримали адекватну терапію і які пройшли курс профілактичного лікування вагітність іноді закінчується самовільними викиднями, мертвонародженням, передчасними пологами або народженням дитини з вродженим сифілісом [2, 3, 6], – хоча сучасні методи лікування дозволяють з великою вірогідністю попередити вроджений сифіліс у дитини за умов проведення протисифілітичної терапії у перші два триместри вагітності. Специфічне лікування вагітних є основним ланцюгом антенатальної профілактики вродженого сифілісу [12].

Хвороби, які передаються статевим шляхом, більш ніж інші інфекції піддаються впливу навколишнього середовища [11]. Існує декілька основних факторів, які впливають на епідеміологічну ситуацію [7, 8]:

- біологічні фактори мікросередовища (імунологічні, нейроендокринні);

- фактори, які визначають поведінку суб'єкта (психологічна характеристика особистості, рівень культури, стереотипи статевої поведінки);  
- фактори макросередовища (соціальна захищеність, стабільність).

За даними ряду авторів, суттєву частину вагітних, хворих на сифіліс, складають жінки з певними соціально-демографічними особливостями. Відмічають переважно молодий вік, високу питому вагу незаміжних жінок з соціально негативною поведінкою, які не стають на облік у жіночі консультації для ведення вагітності [5]. Тому для організації цілеспрямованої первинної профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема, сифілісу, необхідне вивчення як особистісних характеристик хворих, так і соціальних, епідемічних факторів, які сприяють інфікуванню та несвоєчасному зверненню вагітних жінок для дородового спостереження.

Спостереження останніх років у Вінницькій обл. за тенденціями щодо соціально значущих хвороб показали, що незважаючи на статистичне зниження кількості вагітних, хворих на сифіліс, ситуація з вродженим сифілісом залишається надзвичайно актуальною: лише за 2009-2010 роки було зафіксовано 5 випадків вродженого сифілісу. Тому ми вирішили опрацювати та узагальнити всі матеріали по даній проблемі з метою виявлення факторів ризику для найбільш вразливих контингентів хворих на сифіліс, якими є вагітні жінки та новонароджені.

**Метою дослідження** було визначення епідеміологічних та клінічних аспектів захворюваності на сифілітичну інфекцію серед вагітних жінок у Вінницькій обл. Для досягнення цієї мети нами було ретельно проаналізовано 142 медичних карти стаціонарних хворих вагітних жінок, що

лікувалися з приводу сифілісу у Вінницькому ОШВД з 2007 по 2010 роки. Статистична обробка проводилася з використанням програми Microsoft Excel-07.

**Результати та їх обговорення.** Серед 142 вагітних жінок, хворих на сифіліс:

- найбільша кількість – 95 жінок були у віці від 20 до 29 років, тобто у віці найбільшої репродуктивної активності;

- 30 жінок були у віці до 19 років,

- 11 – віком 30-34 років;

- 6 – віком 35-39 років.

Дана вагітність була:

- першою – у 65 жінок;

- другою – у 40;

- третьою – у 23;

- четвертою – у 7;

- п'ятою – у 6;

- сьомою – у однієї жінки.

Ці дані підтверджують також, що найбільша кількість жінок, хворих на сифіліс, знаходиться у віці репродуктивної активності, коли народжується перша або друга дитина. Аналізуючи терміни вагітності жінок, хворих на сифіліс, які поступили до ВОКШВД на лікування, ми бачимо, що переважна більшість вагітностей знаходиться у другому (71 жінка) та третьому (45 жінок) триместрах і лише 26 – у першому триместрі, хоча вагітні жінки мають пройти першу васерманізацію та огляд гінеколога у жіночій консультації до 12 тижнів.

Було діагностовано:

- первинний сифіліс – лише у 12 вагітних;

- вторинний свіжий – у 27;

- сифіліс прихований ранній – у 84.

Превентивне лікування було проведено трьом вагітним, а профілактичне – 16 вагітним жінкам.

Супутні захворювання, що можуть передаватися статевим шляхом, було діагностовано у більшій половині вагітних жінок, хворих на сифіліс:

- трихомоноз – у 24 жінок;

- кандидоз – у 19;

- гарднерельоз – у 17;

- хламідіоз – у 14;

- гонорея – у двох жінок.

Поміж вагітних жінок, хворих на сифіліс, були направлені до обласного шкірно-венерологічного диспансеру:

- після васерманізації в жіночій консультації – 93 особи;

- з активними проявами інфекції, виявленими гінекологом при огляді – 37 жінок;

- виявлені, як статевий контакт, – 12 жінок.

При проведенні роботи щодо виявлення джерела зараження було встановлено, що джерелом зараження був

- чоловік – у 20 (14 %) жінок;

- співмешканець – у 23 (16 %);

- знайомий – у 7 (5 %);

джерело зараження виявлено не було у 92 (65 %) жінок, інфікованих сифілітичною інфекцією.

Поміж обстежених жінок, вказали:

- лише одного статевого партнера – 90 (63 %) жінок;

- двох статевих партнерів – 42 (30 %);

- трьох статевих партнерів – 6 (4 %);

- чотирьох статевих партнерів та більше – 4 (3%).

Аналіз соціального статусу вагітних жінок показав:

- більша половина з 142 обстежених жінок була не заміжня або розлучена – 79 (56 %), лише 15 (10 %) жінок працюють;

- мешканками міста були лише 36 (25 %), а з сільської місцевості, відповідно, 106 (75 %) вагітних жінок;

- шкідливі звички (тютюнопаління та вживання алкоголю) мали 113 (80 %) вагітних жінок.

Клінічні прояви сифілітичної інфекції у жінок були представлені такими ознаками:

- хворі у первинному періоді (12 жінок) мали твердий шанкер:

1) на статевих губах – 10 жінок;

2) у ротовій порожнині – дві жінки;

- поміж хворих на вторинний свіжий сифіліс (27 жінок):

1) усі мали розеолезний висип, яскраво-рожевого кольору, який розташовувався на передній черевній стінці та бокових поверхнях тулуба;

2) були відмічені залишки твердого шанкеру на статевих органах – у 10 жінок.

Усім вагітним жінкам було призначено специфічне протисифілітичне лікування відповідно схемам, затвердженим МОЗ України.

Із 142 вагітних жінок, хворих на різні стадії сифілісу, лише у двох (1,4 %) була наявна температурна реакція Ярш–Лукашевича–Герксгеймера: у однієї температура склала 39,2°C, у іншої – 38,8°C; обидві жінки мали первинний сифіліс.

Після проведеного лікування титри антитіл:

- зросли – у 28 (20 %) жінок;

- знизились – у 28 (20 %);

- залишились абсолютно без змін – у 86 (60 %) жінок.

### Висновки

Останніми роками у Вінницькій обл. відмічається негативна тенденція до збільшення захворюваності на вроджений сифіліс, лише за 2009-2010 рр. було зафіксовано п'ять випадків.

Аналіз вікової структури хворих на сифіліс жінок свідчить про стабільну перевагу осіб найбільш репродуктивного віку – 20-29 років, коли жінки народжують першу та другу дитину,

також висока захворюваність відмічається серед підлітків 15-19 років (у осіб цих вікових груп особливо виражена сексуальна активність, висока вірогідність значної кількості сексуальних партнерів; вони часто вибирають партнерів із груп високого ризику – осіб аморальної поведінки, які зловживають алкоголем, наркотиками).

Якщо порівнювати питому вагу різних стадій

сифілісу у вагітних жінок, то необхідно відмітити, що близько 60 % складають хворі на прихований ранній сифіліс, що, як правило, слугує основою для подальшого зросту захворюваності на сифіліс.

Більше 90 % вагітних жінок, хворих на сифіліс, були виявлені в жіночих консультаціях при постановці на облік та черговому огляді у гінеколога. Але особливе занепокоєння викликає той факт, що більше 80 % вагітних жінок на момент постановки діагнозу сифіліс знаходились на 2 та 3-му триместрах вагітності (коли бліда трепонема вже може потрапити до організму плоду), особливо враховуючи той факт, що у більше ніж 75 % вагітних вже наступили явища спірохетемії, бо в них було діагностовано вторинний сифіліс та сифіліс прихований ранній.

Сифіліс у вагітних жінок більш ніж у 50 % випадків перебігає як мікст-інфекція у вигляді трихомонозу, кандидозу та хламідіозу.

Незважаючи на те, що 27 % вагітних жінок мали активні прояви сифілітичної інфекції, лише у двох (1,4 %) спостерігалась температурна реакція на початку специфічного лікування, що може свідчити про змінену імунологічну реактивність.

Після проведеного специфічного лікування титри антитіл знизились лише у 20 % хворих, у 60 % вони залишились без змін, а у 20 % хворих вони навіть зросли, що може свідчити також про змінену імунологічну реактивність жінок, хворих на сифіліс, або недосконалість лабораторної діагностики.

Існуючі так звані «перевірені часом» методи

## ЛІТЕРАТУРА

1. *Сифилис и беременность* / М. А. Иванова и др. // Вестник дерматологии и венерологии. - 2000. - № 6. - С. 63 - 66.
2. *Перебіг вагітності та її результат у залежності від терміну лікування сифілітичної інфекції* / Л. Д. Калюжна та ін. // Дерматологія та венерологія. - 2008. - № 4 (42). - С. 34 - 40.
3. *Короткий Н. Г. К вопросу о передаче сифилитической инфекции от матери плоду* / Н. Г. Короткий, Е. Г. Чиченова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000. - № 6. - С. 46 - 47.
4. *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.
5. *Епідеміологічні та клінічні особливості сифілісу у вагітних* / В. П. Логунов та ін. // Дерматологія та венерологія. - 2003. - №1 (19). - С. 50 - 51.
6. *Мавров Г. И. Влияние сифилиса на течение беременности и внутриутробное развитие плода* / Г. И. Мавров, Т. В. Губенко // Дерматологія та венерологія. - 2002. - № 4. - С. 41 - 43.
7. *Мавров Г. И. Проблемы современной сифилитологии* / Г. И. Мавров // Дерматологія та венерологія. - 2006. - № 2 (32). - С. 9-21.
8. *Мавров И. И. Половые болезни* / И. И. Мавров. - Харьков : Факт, 2005. - 760 с.
9. *Милич М. В. Эволюция сифилиса* / М. В. Милич. - М.: Медицина, 1987. - 160 с.
10. *Чакова Т. В. ИФА-диагностика сифилиса у беременных* / Т. В. Чакова, О. Б. Немчанинова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2007. - № 2. - С. 64 - 66.
11. *Шапошников О.К. Венерические болезни* / О. К. Шапошников. - М. : Медицина, 1991. - 544 с.
12. *Шкробот Т. С. Критерії безпечного грудного вигодовування після проведеного специфічного і профілактичного лікування сифілісу у вагітних* / Т. С. Шкробот // Дерматологія та венерологія. - 2005. - № 2 (28). - С. 55 - 59.
13. *Шувалова Т. М. Сифилис у беременных в Московской области: клинико-эпидемиологические аспекты, тактика, прогноз* / Т. М. Шувалова // Российский журнал кожных и венерических болезней. - 2000. - № 2. - С. 52 - 59.