



МЕХАНИЗМЫ ПРОФИЛАКТИКИ ВРОЖДЕННОГО И ПРИОБРЕТЕННОГО СИФИЛИСА У ДЕТСКОГО НАСЕЛЕНИЯ

М.А. Иванова¹

Н.С. Малыгина²

О.В. Поршина³

^{1) ФГУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации», г. Москва}

^{2) Государственный институт усовершенствования врачей Министерства Обороны Российской Федерации, г. Москва}

^{3) Департамент здравоохранения Оренбургской области}

e-mail: maisa961@mail.ru

В условиях демографического кризиса в стране профилактика и лечение социально значимых заболеваний, в том числе сифилиса, является важнейшей медико-социальной проблемой, требующей немалых экономических затрат. Проведен анализ 1168 случаев заболевания детей сифилисом, из которых 58,7% составил приобретенный сифилис. Из числа детей с приобретенным сифилисом 46,8% заразились половым путем, 52,9% – бытовым, в 0,3% случаях путь передачи не установлен. Основываясь на результатах исследования, нами разработана организационно-функциональная модель профилактики заболеваемости сифилисом у детей. Определены целевые группы населения для проведения профилактики и медицинские учреждения, участвующие в этой работе.

Ключевые слова: сифилис, профилактика, детский возраст.

Введение. Современная ситуация по заболеваемости сифилисом и прошедшее тысячелетие характеризуются сложными социально-экономическими и демографическими изменениями в стране [1]. Заболеваемость сифилисом продолжает оставаться одной из значимых проблем отечественного здравоохранения. В условиях демографического кризиса в стране профилактика и лечение социально значимых заболеваний, в том числе сифилиса, является важнейшей медико-социальной проблемой, требующей немалых экономических затрат.

В последние годы отмечается улучшение ситуации по инфекциям, передаваемым половым путем (ИППП), однако, несмотря на ежегодное снижение показателей заболеваемости, в структуре общей заболеваемости сифилисом складывается неблагоприятная тенденция: продолжается рост поздних его форм. В структуре детской заболеваемости в последние годы стал превалировать бытовой путь инфицирования, что свидетельствует о несовершенстве профилактических программ. Заражение бытовым путем происходит от родителей либо близких родственников, больных заразными формами сифилиса. На вторую позицию вышел половой путь инфицирования.

По данным литературы, половой путь передачи чаще связан с использованием презервативов подростками лишь в качестве противозачаточного средства, но не с целью профилактики инфицирования [2, 3, 4, 5].

Заболеваемость сифилисом детей представляет серьезную проблему для врачей всех специальностей и здравоохранения в целом. Контроль над распространением заболеваемости среди детского населения позволяет разработать и совершенствовать комплекс организационно-функциональных моделей и программ по их своевременной диагностике, лечению и профилактике.

Целью работы явилась разработка организационно-функциональной модели по профилактике врожденного и приобретенного сифилиса среди детского населения на основе оценки эпидемиологической ситуации и анализа путей распространения инфекции среди детского населения на современном этапе.

Методы. Статистический, эпидемиологический.

Результаты. Последние годы характеризуются продолжающимся снижением заболеваемости детского населения большинством инфекций, передаваемых половым путем (ИППП), в том числе сифилисом (рисунок).

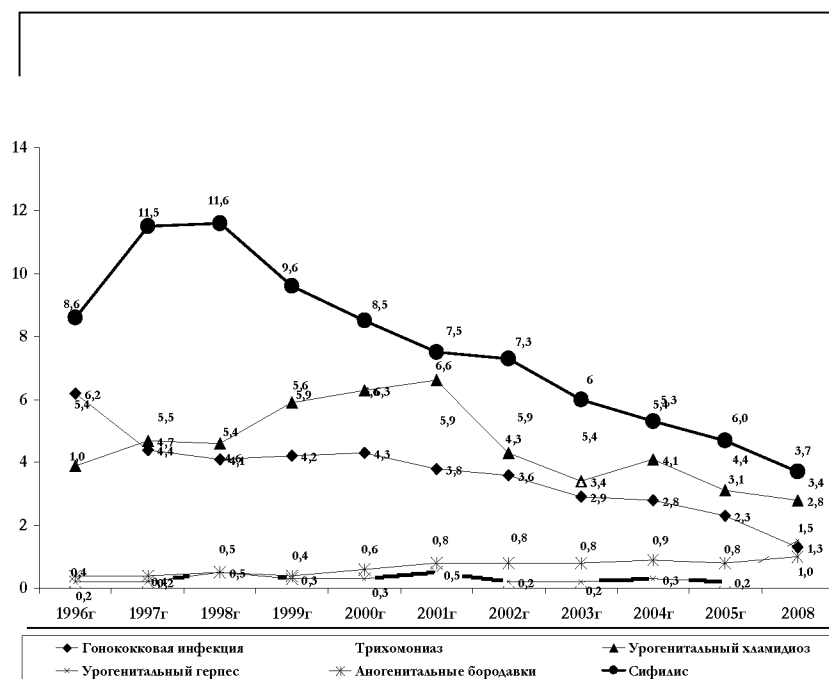


Рис. Заболеваемость инфекциями, передаваемыми половым путем, у детского населения России в 1996-2008 гг. (на 100 000 детского населения)

Тенденция к снижению ИППП происходит в неблагоприятных социально-экономических условиях, включая нестабильную экономическую ситуацию и беспрецедентно возросшую миграцию населения, при снятии всех административных и принудительных мер в отношении пациентов с ИППП и расширении сети негосударственных медицинских учреждений, оказывающих дерматовенерологическую помощь без оформления учетно-отчетной документации.

Проведен анализ 1168 случаев заболевания детей сифилисом, из которых 58,7% составил приобретенный сифилис. По возрасту дети, заболевшие приобретенным сифилисом, распределились следующим образом: от 7 до 12 месяцев – 18, от 13 месяцев до 2 лет – 40, от 3 до 5 лет – 105, от 6 до 9 лет – 97, от 10 до 14 лет – 230, от 15 до 17 – 196.

Среди детей, заболевших приобретенным сифилисом, сельские дети составили 55,5%, городские – 44,5%. Из числа детей с приобретенным сифилисом 46,8% заразились половым путем, 52,9% – бытовым, в 0,3% случаях путь передачи не установлен. Соотношение сельских и городских детей по путям заражения и гендерной характеристике отражено в таблице.

Таблица

Пути заражения сифилисом детей (в% к итогу)

Возрастные группы	половой				бытовой			
	село		город		село		город	
	мальчи-ки	девоч-ки	мальчи-ки	девочки	мальчи-ки	девочки	мальчики	девочки
От 0 до 14	14,0	41,9	25,4	40,7	86,0	58,1	74,6	59,3
От 15 до 17	100	98,8	100	97,8	-	1,2	-	2,2

Обращает на себя внимание резкий контраст между частотой полового и бытового путей заражения в различных по возрасту группах: если в старшей группе



(15-17 лет) заражение практически у большинства происходило половым путем, то в младшей (0-14 лет) превалировал бытовой путь. В то же время, привлекает внимание высокая частота полового инфицирования в младшей группе: более 40% – у девочек и от 14% до 25% – у мальчиков.

Основываясь на результатах исследования, нами разработана организационно-функциональная модель профилактики заболеваемости сифилисом детей. Определены целевые группы населения для проведения профилактики и медицинские учреждения, участвующие в этой работе (схема).

В рамках совершенствования профилактики врожденного сифилиса ведущими специалистами и сотрудниками Минздрава были пересмотрены учетно-отчетные формы федерального статистического наблюдения. Так, учетная форма №089/у-кв «Извещение о больном с вновь установленным диагнозом: сифилиса, гонореи, трихомоноза, хламидиоза, герпеса генитального, аногенитальными бородавками, микроспории, трихофитии, микоза стоп, чесотки» была пересмотрена и, с дополнительным внесением сведений о сифилисе беременных, была утверждена Приказом Минздрава России от 12.08.03 № 403; отчетная форма № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой», также с дополнительными сведениями о сифилисе беременных и исходах родов была утверждена Госкомстатом России от 07.10.2003 г. №88. За исследуемый период с 2003 по 2008 гг. произошло снижение доли ВС с 36,7 до 32,5% от общего числа детей, заболевших сифилисом.

За указанный период, согласно положениям приказа Минздрава от 30.07.2001 г. №291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», проводилась совместная работа дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике врожденного сифилиса. За счет повышения контроля за женщинами, больными и болевшими сифилисом, и своевременного проведения специфического и профилактического лечения, удалось уменьшить долю мертворождений и число случаев врожденного сифилиса.

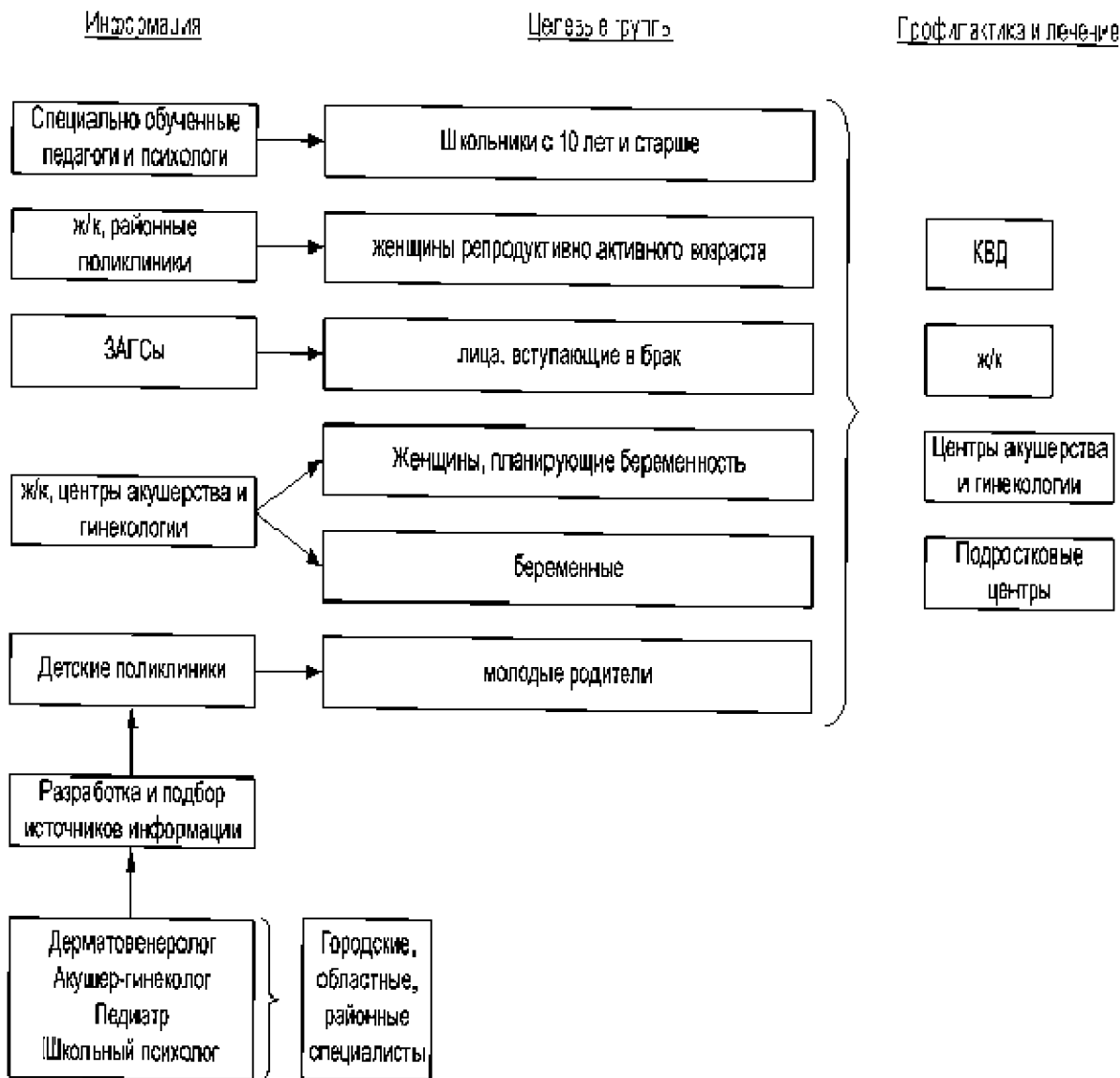
Однако, следует отметить, что в 2003 году вышел Приказ МЗ РФ №50 по оказанию акушерско-гинекологической помощи, где положения по серодиагностике сифилиса среди беременных не совпадают с положениями приказа №291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путём». Приказ №50 не предусматривает серодиагностику сифилиса в родильном доме, что является чрезвычайно важным упущением в плане своевременной диагностики врожденного сифилиса поскольку при заражении на поздних сроках беременности позитивация серореакций может наступить и после обследования при оформлении дородового отпуска.

Обсуждение. Анализ заболеваемости сифилисом детского населения показал перевес больных в сторону сельчан (55,5% против – 44,5%). Обращает на себя внимание резкий контраст между частотой полового и бытового путей заражения в различных по возрасту группах: если в старшей группе (15-17лет) заражение практически у большинства происходило половым путем, то в младшей (0-14лет) превалировал бытовой путь.

Основным направлением профилактической работы является информирование и обучение целевых групп населения: женщин репродуктивно активного возраста; лиц, вступающих в брак; супружеских и партнерских пар, планирующих беременность; молодых родителей; детей в возрасте от 10 лет и старше.

Вторым необходимым компонентом профилактики является своевременное обследование беременных и их адекватное специфическое и профилактическое лечение. Профилактика сифилиса у детей должна быть интегрирована с профилактикой ИППП и ВИЧ-инфекции. Необходима специальная подготовка кадров педагогов и психологов для работы с детьми и родителями. В информационной работе должны участвовать женские консультации, детские поликлиники и учреждения здравоохранения первичного звена под руководством городских, областных и районных специалистов – дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, педиатров и др.

Организационно-функциональная модель профилактики заболевания сифилисом детей.



Лечебно-профилактическая помощь должна проводиться в КВД, женских консультациях, в лечебно-профилактических учреждениях, подростковых центрах и т.д. К профилактической работе на селе следует шире привлекать врачей общей практики (семейных врачей) и средний медицинский персонал. Профилактическая работа должна иметь меры материального поощрения. Необходима разработка целевых федеральных и региональных программы и обеспечение их бюджетного финансирования.

Литература

1. Галлямова, Ю.А. Клинико-социальные, организационные и этико-правовые основы профилактики инфекций, передаваемых половым путем: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук/ Ю.А. Галлямова. – М., 2004. – С.49.



2. Лосева, О.К. Сексуальное поведение подростков, больных сифилисом / О.К. Лосева, Т.В. Чистякова // Вест. дерматол. венерол. – 1991. – №2. – С.45-49.
3. Навроцкий, А.Л. Медико-социальная профилактика венерических заболеваний среди несовершеннолетних: автореф. дис. ... канд. мед. наук. / А.Л. Навроцкий. – М., 1989. – 16 с.
4. Тоскин, И.А. Сравнительный анализ уровня знаний ЗППП и личной сексуальной практики в группе подростков 14-18 лет, проживающих в Майкопе / И.А. Тоскин, К.К. Борисенко, Ж.Л. Новелле, К.Деранкур // ЗППП. – 1998. – №4. – С. 27-31.
5. Туманова, Е.Л. Патологическая анатомия раннего врожденного сифилиса: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Е.Л. Туманова. – М. – 2004. – С.43.

MECHANISMS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF THE CONGENITAL AND ACQUIRED SYPHILIS AT THE CHILDREN'S POPULATION

M.A. Ivanova¹
N.S. Maligina²
O.V. Porshina³

¹Federal Public Health Research Institute, Moscow

²State institute of postgraduate medical education of Ministry of Defence of Russian Federation, Moscow

³Ministry of Health of Orenburg region

e-mail: maisa961@mail.ru

In the conditions of demographic crisis in the state, preventive maintenance and treatment of socially significant diseases, including syphilis, is the major medico-social problem demanding considerable economic expenses. The analysis of 1168 cases of disease of children is carried out by a syphilis of which 58,7 % were made by the acquired syphilis. Among children with the acquired syphilis 46,8 % of patients were contracted by sexual way, 52,9 % had insontium syphilis, in 0,3 % cases the transfer way was not established. On the basis of results of research, we developed organizational-functional model of prevention syphilis morbidity at children. Target groups of the population for carrying out of preventive maintenance and the medical institutions participating in this work were defined.

Key words: syphilis, children, disease, prevention.