

В статье представлен анализ особенностей прерывания беременности у 140 женщин с различными формами сифилиса. Показаны особенности репродуктивного и социального анамнеза у указанных категорий женщин. Выявлены закономерности между заболеваемостью сифилисом и показателями репродуктивного здоровья женщин. Намечены перспективные пути разработки проблемы сифилис и беременность.

Актуальность проблемы

В России продолжается неблагоприятная эпидемиологическая ситуация с инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП). По-прежнему в структуре ИППП наибольший удельный вес занимает сифилис — 21%, особенно у женщин 18–29 лет [2, 6]. Если в целом среди больных сифилисом, соотношение мужчин и женщин составляет 1–1, то в возрасте 18–19 лет женщины заболевают чаще мужчин в 2,5 раза. Очевидная тенденция к увеличению числа беременных, больных сифилисом, возможно, является следствием значительного распространения сифилиса в популяции. Сегодня общая заболеваемость сифилисом в России превысила уровень 1990 года в 51 раз [1, 2].

Очевидна тенденция к увеличению числа беременных, больных сифилисом. Причем у каждой третьей беременной сифилис диагностируется во вторую половину беременности, что увеличивает риск рождения ребенка с врожденной патологией [3, 5, 7]. Заболеваемость сифилисом новорожденных увеличилась за последние 10 лет более чем в 24 раза, в то же время вероятность рождения ребенка с врожденным сифилисом в 82% случаев зависит от сроков лечения больной матери [7, 8].

В настоящее время продолжает действовать приказ Минздрава РФ № 302, согласно которому сифилис является одним из показаний к прерыванию беременности. Но наш опыт показывает, что проведенное полноценное лечение матери, даже в поздние сроки беременности, способно

предотвратить развитие сифилитической инфекции у плода. Таким образом, в настоящее время сифилис не может считаться абсолютным показанием к прерыванию беременности.

Вопрос о сохранении беременности или ее прерывании решается индивидуально в каждом конкретном клиническом случае. Единственный путь передачи сифилиса от матери к плоду — это трансплацентарный путь, т. е. инфицирование через плаценту. Известно, что бледная трепонема не инфицирует плод до 4-го месяца беременности, полагают, что плод до 16-ти недель является недостаточно зрелым, чтобы прореагировать на антиген образованием антител [8]. Именно поэтому адекватное лечение матери на ранних сроках беременности обычно предотвращает поражение плода. Женщины, переболевшие сифилисом во время беременности, относятся к группе высокого риска самопроизвольных аборт, мертворождений, преждевременных родов, развития послеродовых гнойно-септических осложнений.

Медицинскими абортами и выкидышами заканчивают свою беременность около 65% беременных, больных сифилисом. Дети с врожденным сифилисом составляют в среднем 12% родившихся, а мертворожденные — 11% [1, 6].

Материал методы

Нами с целью выявления особенностей прерывания беременности проанализировано 140 историй болезни беременных женщин, больных различными формами сифилиса, поступивших в 1996–1998 гг. в Александровскую больницу Санкт-Петербурга для пре-

рывания беременности по медицинским показаниям.

При анализе возраста больных обращала на себя высокая заболеваемость в возрастной группе 19–30 лет – 74%, в то же время женщины до 18 лет составили 15%, что укладывается в общестатистическую тенденцию данной патологии (рис. 1). При этом первобеременные составили 39,2%, а повторнобеременные – 60,8%.

Анализируя социальную характеристику беременных, больных сифилисом, мы пришли к заключению о низком социальном и общеобразовательном статусе данной группы женщин, а также об отсутствии у них сексуальной культуры. При этом, оценивая структуру заболеваемости в отношении определенных возрастных групп обследованных, нельзя отрицать возможности и опасности сексуальной активности молодых женщин в связи с их занятием в так называемой сфере сексуальных услуг. Так более половины обследованных женщин – 60% – не имели профессии, 81% – не работали, а только 3% закончили высшие учебные заведения.

При оценке семейного статуса обращало внимание, что 88% молодых женщин были вне брака, отмечалось раннее начало их половой жизни – до 18 лет, причем, с несколькими сексуальными партнерами (рис. 2). Важно отметить, что у 44% больных в анамнезе отмечали воспалительные заболевания половых органов. При этом в 20% отмечался хламидиоз, в 6% – микоплазмоз и уреоплазмоз, в 3% – вирусная инфекция, в 29% – гонорея, в 39% – трихомониаз, а также в 3% – бактериальный вагиноз (БВ). Необходимо подчеркнуть, что сочетание венерических болезней – сифилиса и гонореи – отмечены в 6% случаях. Сопутствующая экстрагенитальная патология была представлена психическими заболеваниями – олигофрения, эпилепсия, хронический пиело-

Рис. 1. Возрастная структура беременных с сифилисом женщин

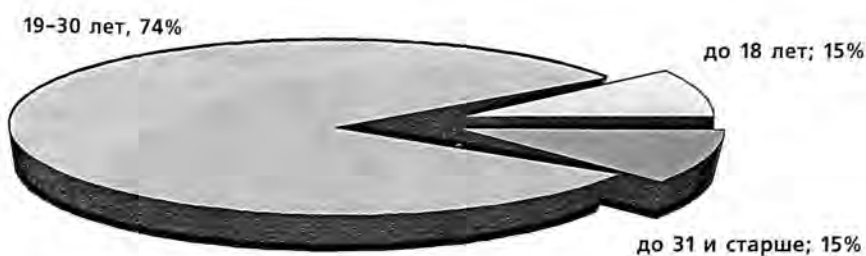


Рис. 2. Возраст начала половой жизни у беременных больных сифилисом



нефрит, хронический обструктивный бронхит, анемия.

У 65% женщин срок беременности превышал 12 недель, что требовало использовать иные методы прерывания беременности, чем медицинский аборт. Это, в свою очередь, увеличивало риск возможных осложнений, тем более, что у 39,2% больных беременность была первая, а у трети повторнобеременных (31,7%) не было родов.

Выявленные в ходе клинико-лабораторного обследования пациенток формы сифилиса распределялись следующим образом: *Lues latens praecox* – 37%, *Lues-2 recidiva* – 29%, *Lues-2 recens* – 14%, *Lues-1 recens* – 11%, *Lues-2 latens* – 4%, *Lues-1 seropositiva* – 3%, серорезистивный *Lues* – 1%, сифилис по контакту – 1% (рис. 3).

В зависимости от срока беременности ее прерывание выполнялось тремя различными способами: выскабливанием полости матки (медаборт) – 35%, методом амниоцентеза – 60,7% и путем операции кесарева сечения –

4,3%. Показаниями к кесареву сечению были – рубец на матке (66,6%), нарушение уродинамики (16,6%), пролапс митрального клапана (16,6%).

Осложнения в 66% случаев прерывания беременности наблюдались только при выполнении амниоцентеза. Это были в 84% – субинволюция матки (метроэндометрит), в 8% – разрывы шейки матки, в 6% – кровотечения в послеродовом периоде и в 2% – преэклампсия (рис. 4). Столь высокий процент осложнений, по-видимому, связан с тем, что почти половина больных имела те или иные воспалительные заболевания, передающиеся половым путем.

Средняя продолжительность пребывания женщины в стационаре составила $11,8 \pm 2,5$ койко-дней по амниоцентезу и $18,2 \pm 1,8$ койко-дней по кесареву сечению.

Всем пациенткам проводили профилактику гнойно-воспалительных осложнений, для чего в основном использовались гентамицин и ампициллин, а также доксициклин, эритромицин, эри-

Рис. 3. Формы сифилиса у обследованных беременных женщин



Рис. 4. Осложнения после прерывания беременности путем амниоцентеза больных сифилисом



циклин, цефлоскс, канамицин, а также метронидазол в общепринятых схемах и дозировках.

Обсуждение полученных результатов

Анализ полученных данных позволяет говорить о четкой закономерности между заболеваемостью сифилисом и следующими параметрами репродуктивного здоровья женщин:

- репродуктивным возрастом (74%),
- «богатым» гинекологическим анамнезом (61% — повторнородящие),
- ранним началом половой жизни (79%) и продолжением ее вне брака (88%),
- отсутствием постоянной занятости (58% — не работают)

— недостаточным уровнем образования (97,1% — имеют среднее, среднее специальное образование).

Наиболее частыми формами сифилиса являются: *Lues latens praecox* (37%) и *Lues-2 recidiva* (29%). Наиболее распространены среди этих женщин такие инфекции, передающиеся половым путем, как трихомониаз (39%), гонорея (29%) и хламидиоз (20%).

Большинству женщин прерывали беременность с помощью амниоцентеза, при этом наиболее частым осложнением была субинволюция матки (метроэндометрит) — 84%, которое развивалось на фоне хронических инфекций половых органов и основного заболевания — сифилиса. Таким образом, обследован-

ных женщин следует относить в группу повышенного риска по развитию гнойно-воспалительных осложнений в послеродовом и послеабортном периодах. Одновременно эти положения ставят задачи перед практически врачами о проведении мер, направленных на снижение данных осложнений и широкое использование современных методов антибиотикопрофилактики.

Следует особо отметить некоторые экономические аспекты лечения указанных контингентов женщин, такие как высокая стоимость лечения больных сифилисом в сочетании с беременностью, особенно в сроке, превышающем 12 недель. Из всех больных, находившихся на лечении в гинекологическом стационаре, эта группа пациенток является самой дорогостоящей. Стоимость прерывания беременности, осложненной сифилисом, в первом триместре, когда беременность прерывалась методом выскабливания полости матки, составляет в среднем на одну больную 1737,5 рублей — в ценах 2001 года при пребывании на койке 5 суток. А стоимость прерывания беременности в сроки 18–24 недели методом амниоцентеза — от 3470 рублей до 5526 рублей в зависимости от выбранной методики — интраамниальное введение гипертонического раствора или простагландинов — при среднем койко-дне 10 суток. Стоимость прерывания беременности путем операции кесарево сечение составляет 7228 рублей при среднем койко-дне — 16 суток.

Таким образом, в связи с тем, что лечение данной группы больных является дорогостоящим, одним из перспективных направлений дальнейших исследований в данной области является разработка мер профилактики беременности у больных сифилисом.

Литература

1. Аковбян В. А. Основные принципы и национальные

- стандарты лечения наиболее распространенных ИППП. Требования ВОЗ.//Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. — 1999 – 2000 гг. — С. 8–10.
2. Борисенко К. К. Сифилис – междисциплинарная проблема.// Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. — 1999 – 2000 гг. — С. 11–12.
3. Дмитриев Г. А. Методы диагностики сифилиса, гонореи, трихомониаза, хламидиоза.// Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. — 1999 – 2000 гг. — С. 4–5.
4. Лосева О. К. Вопросы полового воспитания и профилактики ИППП среди молодежи.//Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. — 1999 – 2000 гг. — С. 26–28.
5. Лосева О. К. Сифилис и беременность.//Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. — 1999 – 2000 гг. — С. 13–18.6.
6. Тихонова Л. И. Общий обзор ситуации с инфекциями, передаваемыми половым путем. Анализ заболеваемости врожденным сифилисом в Российской Федерации.// Современные методы диагностики, терапии и профилактики ИППП и других урогенитальных инфекций. Сборник материалов рабочих совещаний дерматовенерологов и акушеров-гинекологов. — 1999 – 2000 гг. — С. 2–3.
7. Hira, S. K. et al. Syphilis intervention in pregnancy. *Zambian demonstration project. Genitourinary Medicine.* 66. 159 – 164 (1990).
8. *Syphilis during pregnancy.// Maternal and perinatal infections, a practical guide. WHO/MCH/91. 10. pp. 27–33.*