

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение  
высшего образования «Красноярский государственный медицинский  
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства  
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра перинатологии, акушерства и гинекологии лечебного факультета

Заведующий кафедрой:  
ДМН, Профессор Цхай В.Б.

РЕФЕРАТ на тему:  
«Сифилис и беременность»

Выполнила:  
Ординатор 1 -го обучения  
кафедры перинатологии,  
акушерства и гинекологии  
Филимонова Ю.В.

Проверил:  
Ассистент кафедры  
Коновалов В.Н.

Красноярск, 2021

## Содержание

Введение	3
1. Влияние сифилиса на течение и исход беременности	4
2. Мероприятия, направленные на предупреждение врожденного сифилиса	8
3. Лечение сифилиса у беременных	10
4. Лечение сифилиса у детей	12
5. Побочные эффекты и осложнения терапии	16
6. Профилактика приобретенного и врожденного сифилиса	18
Заключение	20
Список использованных источников	22

## Введение

В 2008 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) подсчитала, что ежегодно во всем мире среди беременных женщин регистрируется 1,86 миллиона случаев сифилиса, и что большая часть из них не лечится или не лечится должным образом. До одной трети женщин, посещающих клиники дородовой помощи, не проходят тестирование на сифилис. Если сифилис не лечить во время беременности, он может привести к потере плода или мертворождению, а у живорожденного - к смерти новорожденного, недоношенности, низкой массе тела при рождении или врожденному сифилису. Программы, которые включают тестирование на сифилис в сочетании с соответствующим своевременным лечением пенициллином для беременных женщин с положительным результатом теста на инфекцию *Treponema pallidum*, показали свою эффективность в снижении неблагоприятных исходов беременности.

Существующие препятствия на пути расширения масштабов этих программ можно преодолеть только при активном участии организаторов здравоохранения. Основанные на фактических данных оценки распространенности врожденного сифилиса на глобальном, национальном и субнациональном уровнях помогают обосновать необходимость выделения ресурсов на эти эффективные программы, расширения доступа к вмешательствам и достижения прогресса в направлении ликвидации.

## Влияние сифилиса на течение и исход беременности

Сифилис – инфекционное заболевание, вызываемое бледной трепонемой (*Treponema pallidum*), передающееся преимущественно половым путем, характеризующееся поражением кожи, слизистых оболочек, нервной системы, внутренних органов и опорно-двигательного аппарата и отличающееся стадийным, рецидивирующим, прогрессирующим течением.

Патогенез сифилиса характеризуется следующим:

Инкубационный период начинается с внедрения возбудителя сифилиса через поврежденную кожу или слизистую оболочку и заканчивается появлением первичного аффекта. В среднем продолжительность инкубационного периода составляет от 2 недель до 2 месяцев, этот период может сократиться до 8 дней или, наоборот, удлиниться до 190 дней. Сокращение инкубационного периода наблюдается при реинфекции и при внедрении возбудителя сифилиса в организм из нескольких входных ворот, что ускоряет генерализацию инфекции и развитие иммунных изменений в организме. Удлинение инкубационного периода наблюдается в результате применения небольших доз трепонемоцидных антибактериальных препаратов по поводу интеркуррентных заболеваний.

В месте инокуляции начинается интенсивное размножение *T. pallidum*, особенности локальной реакции тканей на трепонему определяют клинические характеристики сифилидов.

В течение нескольких минут *T. pallidum* может внедряться в кровоток, а затем прикрепляется к клеткам хозяина, в том числе эпителиальным, фибробластным и эндотелиальным. Происходит быстрое распространение по лимфатическим и кровеносным сосудам, проникновение через гематоэнцефалический и плацентарный барьеры, что определяет способность *T. pallidum* к диссеминации и приводит к распространению инфекции в

различные ткани и органы человека - отдаленным от первичного аффекта проявлениям сифилиса.

При сифилисе развивается инфекционный (нестерильный) иммунитет, обусловленный присутствием в организме *Treponema pallidum*, и исчезающий вскоре после ее элиминации в результате лечения. В связи с этим после микробиологического излечения сифилиса возможно повторное заражение – реинфекция.

Взаимодействие возбудителя и факторов иммунной защиты организма больного определяет стадийное, волнообразное течение сифилитической инфекции с чередованием периодов манифестации и периодов скрытого состояния, а также прогредиентность заболевания – постепенное изменение клинической и патоморфологической картины в сторону все более неблагоприятно протекающих проявлений;

Совокупность вирулентных свойств возбудителя и особенностей реакции иммунной системы на его внедрение обуславливает многообразие клинических проявлений и хроническое рецидивирующее течение заболевания.

Выделяют три стадии сифилиса.

1. Первичный сифилис начинается обычно через 21 день (10—90 дней) после заражения. Он проявляется безболезненной язвой половых органов, которая сохраняется в течение 2—6 недель.
2. Вторичный сифилис характеризуется генерализированной сыпью, часто с лихорадкой и миалгией. Сыпь сохраняется также в течение 2—6 недель. Затем наступает латентный период, который длится годы. Клинических проявлений сифилиса при этом нет. Однако даже в этом периоде возбудитель может циркулировать в кровотоке. Со временем это происходит все реже. Однако в результате такой циркуляции поражаются практически все органы и ткани.

3. Третичный сифилис развивается через годы или десятилетия после заражения. Выделяют нейросифилис (поражение головного и спинного мозга), сифилис сердечно-сосудистой системы (поражение сердца и аорты) и третичный сифилис без поражения нервной и сердечнососудистой систем, проявляющийся в основном кожными изменениями. В отсутствие лечения третичный сифилис развивается у 40% больных латентным сифилисом.

Возбудитель сифилиса (*T. pallidum*), особенно в начале болезни (этот период называют ранним сифилисом), может попадать из крови беременной в кровь плода. Если беременность наступает в течение года после заражения сифилисом, заражение плода происходит в большинстве случаев. Хотя передача инфекции возможна уже на 9-й неделе беременности, обычно она происходит между 16 и 28-й неделями. Вероятность заражения плода напрямую зависит от периода заболевания у матери или триместра беременности, во время которого произошло заражение. При раннем сифилисе вероятность передачи инфекции от матери плоду может достигать 80%, при позднем сифилисе она снижается.

Концентрация возбудителя в крови наиболее высока в первые два года после заражения. Затем в результате иммунного ответа она постепенно снижается. Таким образом, риск заражения полового партнера наиболее высок в течение первых двух лет после заражения, затем он практически исчезает. Несмотря на это риск передачи сифилиса плоду сохраняется. Беременность, по-видимому, не влияет на течение сифилиса у женщины.

Поскольку серологические реакции на сифилис становятся положительными через 10—45 дней после заражения, отрицательный результат одного исследования не означает отсутствия инфекции. Если первое исследование во время беременности не выявило сифилиса, на более позднем сроке беременности или во время родов проводят второе исследование. Данные о

распространенности врожденного сифилиса у новорожденных ограничены по многим причинам. К ним относятся трудности диагностики, возможность бессимптомного (латентного) течения, отсутствие систем эпидемиологического надзора и оповещения. Хотя описаны разнообразные неблагоприятные исходы беременности у больных сифилисом, к ним обычно относят самопроизвольный аборт, перинатальную смерть, низкий вес при рождении (в том числе недоношенность) и врожденный сифилис.

Предложено несколько моделей для оценки частоты неблагоприятных исходов беременности у женщин, больных сифилисом. Их частота, по оценкам, достигает 50—80% [7–10]. В табл. 1 представлены сообщенная и расчетная частота неблагоприятных исходов беременности в отсутствие лечения сифилиса и расчетное ежегодное число случаев врожденного сифилиса.

Таблица 1. Частота неблагоприятных исходов беременности в отсутствие лечения сифилиса

Исход беременности	Частота по данным исследования					
	Harma n	Ingraha m	Schulz и соавт.	Hira и соавт.	Watson -Jones и соавт.	Глобальный ущерб, наносимый ИППП
Мертворождения или самопроизвольный аборт	17%	22%	30-40%	22%	25%	20%

Перинатальная смертность	23%	12%	10-20%	2%	Нет данных	15%
Врожденный сифилис	21%	33%	10-20%	2%	Нет данных	20%
Недоношенность или низкий вес при рождении	Нет данных	Нет данных	Не изучена	33%	25%	20%
Любой неблагоприятный исход	61%	67%	50-80%	57%	49%	75%

### Мероприятия, направленные на предупреждение врожденного сифилиса

Имеется большое число методов диагностики сифилиса. Первый этап лабораторной диагностики сифилиса у взрослых основан на применении нетрепонемных реакций. Эти реакции выявляют антитела к антигенам, которые экспрессирует не только *T. pallidum*, но и некоторые ткани человека. Таким образом, это неспецифические антитела. Примером нетрепонемных реакций являются реакция преципитации инактивированной сыворотки с кардиолипидным антигеном (VDRL — venereal disease research laboratory) и реакция преципитации плазмы с кардиолипидным антигеном (RPR — rapid plasma reagin). Если отборочная реакция положительна, для подтверждения диагноза проводят трепонемные реакции, в которых используют антигены *T. pallidum*. К этим реакциям относятся реакция пассивной гемагглютинации (РПГА), иммуноферментный анализ (ИФА), реакция иммунофлюоресценции (РИФ), реакция иммобилизации (бледных) трепонем (РИБТ, РИТ).



Преимущества нетрепонемных реакций — низкая стоимость и высокая чувствительность (особенно на ранних этапах заболевания). Кроме того, RPR достаточно быстро выполняется. Однако для нетрепонемных реакций нельзя использовать цельную кровь, они требуют применения микроскопа или центрифуги. Кроме того, неопытные сотрудники лаборатории нередко дают ошибочные заключения, поскольку результаты реакции оценивают субъективно. Надежность результатов нетрепонемных реакций, по данным исследований, колеблется в широких пределах.

Трепонемные реакции теоретически более специфичны, однако они также дают ложноположительные результаты. Более того, они не позволяют дифференцировать нелеченный и излеченный сифилис. Результаты трепонемных реакций будут положительными в обоих случаях. Нетрепонемные реакции позволяют различать нелеченную или недавно перенесенную и излеченную инфекцию. При обследовании рекомендуется проводить и трепонемную, и нетрепонемную реакции.

Сейчас имеются несколько экспресс-методов диагностики сифилиса, чувствительность (85—98%) и специфичность (92—98%) которых сравнимы с традиционными трепонемными реакциями. Эти реакции могут применяться для скрининга сифилиса в рамках оказания первичной медицинской помощи (их можно проводить на местах, в том же лечебно-профилактическом учреждении) или в районах, где лаборатории не доступны. Однако поскольку антитела к *T. pallidum* определяются на протяжении ряда лет независимо от того, лечился больной или нет, трепонемные экспрессреакции нельзя использовать для оценки эффективности лечения и дифференциальной диагностики нелеченного и излеченного сифилиса.

Направление на выявление антител к бледной трепонеме, согласно клиническим рекомендациям, «Нормальная беременность» осуществляется однократно в 1 триместре при 1 визите, во 2 триместре — однократно, в случае

первого визита во 2 триместре, в 3 триместре – однократно. При положительном результате показана консультация дерматовенеролога.

### Лечение сифилиса у беременных

Согласно клиническим рекомендациям «Сифилис» от 2020 года, рекомендовано для лечения беременных проводить специфическое лечение вне зависимости от сроков гестации бензилпенициллином\*\* (бензилпенициллина натриевая соль или бензилпенициллина новокаиновая соль) так же, как лечение небеременных, по одной из предлагаемых методик, в соответствии с установленным диагнозом.

Для лечения первичного сифилиса:

- #Бензатина бензилпенициллин \*\*по 2,4 млн. ЕД 1 раз в 5 дней внутримышечно, на курс 3 инъекции.

или

- #Бензатина бензилпенициллин+Бензилпенициллин прокаина по 1,5 млн. ЕД 2 раза в неделю внутримышечно, на курс 5 инъекций.

или

- Бензилпенициллин\*\* (бензилпенициллина новокаиновая соль) 600 тыс. ЕД 2 раза в сутки внутримышечно в течение 14 суток.

или

- Бензилпенициллин\*\* (бензилпенициллина натриевая соль) 1 млн. ЕД каждые 4 часа (6 раз в сутки) внутримышечно в течение 14 суток.

При указании на непереносимость препаратов пенициллина у взрослых применять для лечения первичного сифилиса - Цефтриаксон\*\*– 1,0 г 1 раз в сутки внутримышечно в течение 10 суток.

Для лечение вторичного и третичного сифилиса используются те же препараты, но курс лечения увеличивается.

В настоящее время в связи с наличием эффективных и краткосрочных методов лечения выявление сифилиса не является медицинским показанием для прерывания беременности. Решение о сохранении или прерывании беременности принимает женщина. Роль врача состоит в проведении своевременного адекватного лечения (должно быть начато до 32 недели беременности и проведено препаратами: бензилпенициллином\*\* (бензилпенициллина натриевая соль или бензилпенициллина новокаиновая соль), пенициллинами широкого спектра действия (полусинтетическими пенициллинами) или цефтриаксоном\*\*) и оказании психологической поддержки беременной.

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса:

- а) беременным женщинам, лечившимся по поводу сифилиса до беременности, но у которых в нетрепонемных серологических тестах сохраняются положительные результаты
- б) беременным, которым специфическое лечение сифилиса проводилось во время беременности.
  - Рекомендовано профилактическое лечение беременным, начиная с 20 недели беременности, но при поздно начатом специфическом лечении – непосредственно вслед за ним. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении в отсутствие беременности. Длительность профилактической терапии составляет 10 дней, а если имеются сведения о неполноценности проведенного специфического лечения, то профилактическое лечение должно продолжаться 20 дней (как дополнительное).

При установлении беременной диагноза «поздний сифилис или сифилис неуточненный, как ранний или поздний» второй курс специфического лечения, который, как правило, проводят в сроки 20 и более недель беременности, с целью профилактического лечения. В случаях проведения специфического и профилактического лечения в полном объеме, родоразрешение может происходить в роддоме общего профиля на общих основаниях. Ребенок, родившийся без признаков врожденного сифилиса от женщины, получившей полноценную специфическую и профилактическую терапию, в лечении не нуждается.

Беременных с непереносимостью пенициллина (в том числе полусинтетического) и цефтриаксона\*\*, в связи с противопоказанием к препаратам тетрациклинового ряда, назначение эритромицина. Эритромицин 0,5 г 4 раза в сутки перорально в течение 20 суток

### Лечение сифилиса у детей

Рекомендуется детям, *рожденным* от женщин, получавших по время беременности эритромицин, проведение терапии бензилпенициллином\*\* по схеме раннего врожденного сифилиса.

Специфическое лечение детей, больных ранним врожденным сифилисом, проводить по одной из следующих схем в зависимости от возраста: бензилпенициллином\*\* (бензилпенициллина натриевая соль)

- детям в возрасте до 1 месяца – 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 4 инъекции (каждые 6 часов), внутримышечно;
- детям в возрасте от 1 до 6 месяцев – 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа), внутримышечно;

- детям в возрасте от 6 до 12 месяцев – 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно;
- детям в возрасте старше 1 года – 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки внутримышечно

Длительность назначения детям - в течение 28 суток – как при манифестном, так и при скрытом раннем врожденном сифилисе, в том числе при поражении центральной нервной системы, подтвержденном положительными серологическими реакциями ликвора.

- бензилпенициллином\*\* (бензилпенициллина новокаиновая соль) 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов) внутримышечно в течение 28 суток как при манифестном, так и при скрытом раннем врожденном сифилисе.

при указании на наличие аллергических реакций на бензилпенициллин\*\* используются препараты резерва:

– цефтриаксон\*\* детям первых двух месяцев жизни назначают в дозе 50 мг на кг массы тела в сутки в 2 введения, детям от двух месяцев до 2 лет – в дозе 80 мг на кг массы тела в сутки в 2 введения. Продолжительность лечения – 28 суток как при манифестном раннем врожденном сифилисе (в том числе с поражением ЦНС), так и при скрытом раннем врожденном сифилисе.

Рекомендовано для специфического лечения детей, больных поздним врожденным сифилисом применять:

- бензилпенициллин\*\* (бензилпенициллина натриевая соль) 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 6 инъекций (каждые 4 часа) внутримышечно в течение 28 суток; через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллин\*\* (бензилпенициллина натриевая соль) в аналогичной дозе в течение 14 суток.

- бензилпенициллин\*\* (бензилпенициллина новокаиновая соль) 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, разделенные на 2 инъекции (каждые 12 часов) внутримышечно в течение 28 суток; через 2 недели – второй курс лечения бензилпенициллина\*\* (бензилпенициллина новокаиновая соль) в аналогичной дозе в течение 14 суток.

Рекомендовано при указании на наличие аллергических реакций на пенициллин у детей применять цефтриаксон\*\*: детям в возрасте от 2 до 12 лет назначают в дозе 80 мг на кг массы тела в сутки в два введения,

При манифестном или скрытом позднем врожденном сифилисе продолжительность первого курса лечения – 28 суток; через 2 недели проводят второй курс лечения цефтриаксоном\*\* в аналогичной дозе в течение 14 суток.

Специфическое лечение приобретенного сифилиса у детей проводится по методике лечения взрослых в соответствии с диагнозом, исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов с учетом того, что Бензатина бензилпенициллин \*\* (дюрантный) и Бензатина бензилпенициллин+Бензилпенициллин прокаина\*\* (4:1) (дюрантный) противопоказаны детям в возрасте до 2 лет, а тетрациклины – детям в возрасте до 8 лет. Расчет бензилпенициллина\*\* для лечения детей проводится в соответствии с массой тела ребенка: в возрасте до 6 месяцев бензилпенициллина натриевую соль применяют из расчета 100 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки, в возрасте старше 6 месяцев – из расчета 75 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки и в возрасте старше 1 года – из расчета 50 тыс. ЕД на кг массы тела в сутки.

Учитывая анатомо-физиологические особенности мочевыделительной системы у новорожденных и детей первого месяца жизни допустимо уменьшение кратности введения бензилпенициллина\*\* до 4 раз в сутки. Во избежание токсической реакции вследствие массовой гибели бледных трепонем после первых введений бензилпенициллина\*\* (реакция обострения

Герксгеймера–Яриша–Лукашевича) в первые сутки лечения разовая доза бензилпенициллина\*\* не должна превышать 5000 ЕД на инъекцию. После каждой инъекции в первые сутки необходима контрольная термометрия и наблюдение за соматическим состоянием ребенка.

Превентивное лечение показано всем детям до 3 лет. Для детей более старшего возраста вопрос о лечении решается индивидуально с учетом формы сифилиса у контактного взрослого, локализации высыпаний, степени контакта ребенка с больным. Проводится по методике превентивного лечения взрослых, исходя из возрастных доз антибактериальных препаратов.

Профилактическое лечение проводят с целью предупреждения врожденного сифилиса новорожденным, родившимся без проявлений сифилиса от нелеченной либо неадекватно леченной во время беременности матери (специфическое лечение начато после 32 недели беременности, с нарушением или изменением утвержденных схем лечения), а также новорожденным, мать которых, при наличии показаний, во время беременности не получила профилактического лечения. Препараты, разовые дозы и кратность введения соответствуют таковым при специфическом лечении.

Длительность терапии новорожденных, мать которых при наличии показаний во время беременности не получила профилактического лечения или получила неадекватное лечение, составляет 14 суток, новорожденных, родившихся без проявлений сифилиса, от нелеченной матери – 28 суток.

Детям, родившимся от матерей, получивших специфическое лечение до наступления беременности и профилактическое лечение в период беременности, у которых к моменту родов сохраняются позитивные нетрепонемные тесты со стойко низкими титрами (РМП <1:2, РПР <1:4), профилактическое лечение не показано, если нетрепонемные тесты у ребенка отрицательны, либо их титры не превышают титров у матери. Подтверждением проведения лечения матери следует считать наличие

медицинской документации о проведении в медицинском учреждении терапии в соответствии с клинической формой, со строгим соблюдением разовых и курсовых дозировок и кратности введения антибактериальных препаратов.

### Побочные эффекты и осложнения терапии

Пациентов следует предупредить о возможной реакции организма на лечение. В медицинских организациях, где проводится терапия, должны быть средства для оказания неотложной помощи.

#### 1. Реакция обострения (Яриша-Герксгеймера)

Реакция обострения наблюдается у 30% больных ранним сифилисом. У большинства пациентов клинические проявления реакции обострения начинаются через 2-4 часа после первого введения антибактериального препарата, достигают максимальной выраженности через 5-7 часов, в течение 12-24 часов состояние нормализуется. Основными клиническими симптомами являются озноб и резкое повышение температуры тела (до 39°C, иногда выше). Другими симптомами реакции являются общее недомогание, головная боль, тошнота, боль в мышцах, суставах, тахикардия, учащение дыхания, снижение артериального давления, лейкоцитоз. При вторичном сифилисе розеолезные и папулезные высыпания становятся более многочисленными, яркими, отечными, иногда элементы сливаются за счет обилия (так называемая местная реакция обострения). В некоторых случаях на фоне реакции обострения вторичные сифилиды впервые появляются на местах, где их не было до начала лечения. Изредка у больных могут развиваться психоз, инсульт, судорожный синдром, печеночная недостаточность.

Быстро преходящая реакция обострения обычно не требует никакого специального лечения. Однако развития выраженной реакции обострения следует избегать:



- при лечении беременных, так как она может спровоцировать преждевременные роды, токсические нарушения у плода и мертворождение;
- у пациентов с нейросифилисом, так как реакция обострения может спровоцировать прогрессирующее развитие неврологической симптоматики;
- у пациентов с поражением органа зрения;
- у пациентов с висцеральным сифилисом, особенно сифилитическим мезаортитом.
- Высокая лихорадка и выраженный интоксикационный синдром может представлять опасность у больных с хронической патологией сердечно-сосудистой системы, тяжелыми соматическими заболеваниями в стадии декомпенсации. Чтобы избежать реакции обострения, целесообразно в первые 3 дня пенициллинотерапии назначать перорально или внутримышечно преднизолон\*\* 60-90 мг в сутки (однократно утром) или в снижающейся дозировке – 75-50-25 мг в сутки.

2. Синдром Николау – симптомокомплекс осложнений после внутриартериального введения дуранных препаратов пенициллина или других препаратов с кристаллической структурой.

Характеризуется внезапной ишемией на месте инъекции, развитием болезненных синюшных неравномерных пятен (ливедо) с последующим образованием пузырей и некрозом кожи, в отдельных случаях развивается вялый паралич конечности, в артерию которой был введен препарат, в редких случаях – поперечный паралич. В качестве отдаленных осложнений наблюдаются макрогематурия и кровавый стул. В крови – лейкоцитоз. До настоящего времени случаи отмечены только в детской практике.

Нейротоксичность – судороги (чаще у детей), при применении высоких доз бензилпенициллина\*\*, особенно при почечной недостаточности.

Нарушения электролитного баланса – у пациентов с сердечной недостаточностью при введении больших доз бензилпенициллина\*\* натриевой соли возможно усиление отеков (1 млн. ЕД препарата содержит 2,0 ммоль натрия).

Аллергические реакции – токсикодермия, крапивница, отек Квинке, головная боль, лихорадка, боли в суставах, эозинофилия и др. – при введении пенициллина возникают у от 5 до 10% пациентов. Наиболее опасным осложнением является анафилактический шок, дающий до 10% летальности.

Анафилактический шок характеризуется страхом наступающей смерти, чувством жара во всем теле, потерей сознания, бледностью кожи, холодным липким потом, заостренными чертами лица, частым поверхностным дыханием, нитевидным пульсом, низким артериальным давлением.

## Профилактика приобретенного и врожденного сифилиса

### Профилактика приобретенного сифилиса

Индивидуальная профилактика обеспечивается использованием барьерных методов контрацепции (презервативов). После случайного незащищенного полового контакта может быть осуществлена самостоятельно с помощью индивидуальных профилактических средств (например, бензилдиметил аммоний хлорид моногидрат).

В целях профилактики сифилиса необходимо проводить санитарно-просветительскую работу среди населения; скрининговое обследование определенных групп населения, подверженных повышенному риску инфицирования, либо тех групп, в которых заболевание ведет к опасным

социальным и медицинским последствиям, а также проведение полноценного специфического лечения с последующим клинико-серологическим наблюдением.

Ведение контактных лиц с целью профилактики заражения сифилисом:

- лицам, находившимся в половом или тесном бытовом контакте с пациентом с ранними формами сифилиса, у которых с момента контакта прошло не более 2 месяцев, показано превентивное лечение по одной из вышеуказанных методик.
- лицам, у которых с момента контакта с пациентом с ранним сифилисом прошло от 2 до 4 месяцев, проводится двукратное клинико-серологическое обследование с интервалом в 2 месяца; если с момента контакта прошло более 4 месяцев, проводится однократное клинико-серологическое обследование.
- превентивное лечение реципиента, которому перелита кровь пациента с сифилисом, проводят по одной из методик, рекомендуемых для лечения первичного сифилиса, если с момента трансфузии прошло не более 3 месяцев; если этот срок составил от 3 до 6 месяцев, то реципиент подлежит клинико-серологическому контролю дважды с интервалом в 2 месяца; если после переливания крови прошло более 6 месяцев, то проводится однократное клинико-серологическое обследование.

Профилактика врожденного сифилиса

Профилактика врожденного сифилиса осуществляется антенатально и постнатально.

Антенатальная профилактика включает: работу со здоровыми людьми, предоставление информации о возможности внутриутробной передачи сифилиса и необходимости раннего начала дородового наблюдения; двукратное серологическое обследование беременных (при обращении в

женскую консультацию и за 2–3 недели до родов); при выявлении сифилиса – адекватное специфическое и профилактическое лечение.

Постнатальная профилактика врожденного сифилиса заключается в профилактическом лечении детей.

### Заключение

Среди больных сифилисом женщин каждая десятая – беременна. У каждой третьей беременной сифилис выявляется во второй половине беременности, что снижает шансы на благоприятный прогноз специфического лечения. Иногда при позднем выявлении сифилиса будущая мама не успевает пролечиться до родов. Часто к началу лечения плод уже поражен патологическим процессом. К тому же, шансы развития врожденного сифилиса у плода зависят не только от срока беременности, на котором выявлено заболевание и начато лечение, но и от стадии сифилиса у беременной.

Возможность передачи инфекции плоду максимальна при вторичном и раннем скрытом сифилисе у матери. Эти стадии сифилиса у беременной обеспечивают до 80-85% врожденного сифилиса. Общеизвестно, что единственный путь передачи сифилиса от матери к плоду - это инфицирование через плаценту.

Ранний врожденный сифилис - это внутриутробная инфекция, проявляющаяся у ребенка в возрасте до 2-х лет. Основные принципы профилактики врожденного сифилиса были предложены в каждой стране еще в 20-х годах прошлого века. Профилактика состоит, в первую очередь, в своевременном выявлении сифилиса у беременных и их адекватном лечении. Обязательное двухкратное серологическое обследование беременных женщин - в первой и во второй половине беременности полностью себя оправдывает.

В настоящее время не существует научных критериев для неперенного прерывания беременности при выявлении у беременной женщины сифилиса. Во-первых, своевременные эффективные методы лечения позволяют с большой вероятностью предотвратить врожденный сифилис у младенца при выявлении заболевания у матери в первые месяцы беременности. Во-вторых, лечение беременной является уже и лечением плода и, наконец, родившийся ребенок также получает лечение. И врач делает все возможное, чтобы пролечить будущую маму и предупредить либо излечить сифилис у ребенка.

## СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1. Saloojee H, Velaphi S, Goga Y, Afadapa N, Steen R, Lincetto O. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations. *Bull World Health Organ* 2004;82:424-30.
2. Berman SM. Maternal syphilis: pathophysiology and treatment. *Bull World Health Organ* 2004;82:433-8.
3. Connor N, Roberts J, Nicoll A. Strategic options for antenatal screening for syphilis in the United Kingdom: a cost effectiveness analysis. *Bull World Health Organ* 2004;82:439-47.
3. Дмитриев Г.А., Потекаев Н.Н., Негашева Е.С., Фриго Н.В. ИТРА-индекс в клинико-лабораторной диагностике нейросифилиса. *Клинич дерматол венерол*, 2017; 6: 38-43.
4. Инфекции, передаваемые половым путем / Под ред. В.А. Аковбяна, В.И. Прохоренкова, Е.В. Соколовского // М., Медиасфера, 2007. – С. 324-337.
5. Глобальные меры в ответ на ВИЧ / СПИД: обновленная информация об эпидемии и прогресс сектора здравоохранения в обеспечении всеобщего доступа Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2011. [ Google Scholar ]
6. Blencowe H, Cousens S, Kamb M, Berman S, Lawn J.E. Инструмент "Спасение жизней" дополняет обнаружение и лечение сифилиса во время беременности для снижения связанных с сифилисом мертворождений и неонатальной смертности. *BMC Public Health*. 2011; 11 (Дополнение 3): S9. DOI: 10.1186 / 1471-2458-11-S3-S9. [ Бесплатная статья PMC ] [ PubMed ] [ CrossRef ] [ Google Scholar ]
7. Камб М.Л., Ньюман Л.М., Райли П.Л., Марк Дж., Хоукс С.Дж., Малик Т. и др. Дорожная карта по глобальной ликвидации врожденного сифилиса. *Obstet Gynecol Int*. 2010: epub 14 июля. Doi: 10.1155 / 2010/312798. [ Бесплатная статья PMC ] [ PubMed ] [ CrossRef ] [ Google Scholar ]

8. Строуп Д.Ф., Берлин Дж. А., Мортон С. К., Олкин И., Уильямсон Г. Д., Ренни Д. и др. Группа «Метаанализ наблюдательных исследований в эпидемиологии» (MOOSE) Мета-анализ наблюдательных исследований в эпидемиологии: предложение по отчетности. *ДЖАМА*. 2000; 283 : 2008–12. DOI: 10.1001 / jama.283.15.2008. [ PubMed ] [ CrossRef ] [ Google Scholar ]
9. Мохер Д., Либерати А., Тецлафф Дж., Альтман Д. Г., PRISMA Group Предпочтительные элементы отчетности для систематических обзоров и метаанализов: заявление PRISMA. *PLoS Med*. 2009; 6 : e1000097. DOI: 10.1371 / journal.pmed.1000097. [ Бесплатная статья PMC ] [ PubMed ] [ CrossRef ] [ Google Scholar ]
11. Ларсен С.А., Штайнер Б.М., Рудольф А.Х. Лабораторная диагностика и расшифровка тестов на сифилис. *Clin Microbiol Rev*. 1995 ; 8 : 1–21. [ Бесплатная статья PMC ] [ PubMed ] [ Google Scholar ]
12. Эггер М., Дэви Смит Дж., О'Рурк К. *Систематические обзоры в сфере здравоохранения: метаанализ в контексте*. Лондон: BMJ Books; 2001. [ Google Scholar ]
13. Кирквуд BR, Sterne JAC. *Медицинская статистика* Оксфорд: Blackwell Science Ltd; 2003. [ Google Scholar ]
14. Лосева О.К., Квижинадзе Г.Н., Залевская О.В., Юдакова В.М., Кисель О.В., Шклярков А.М. Клиника, течение и исходы кардиоваскулярного сифилиса (по материалам Московского региона). *Кардиология и сердечно-сосудистая хирургия*, 2015; 6: 22-25.
15. Красносельских Т.В., Соколовский Е.В. Современные стандарты терапии сифилиса: сравнение российских и зарубежных клинических рекомендаций (сообщение II). *Вестник дерматологии и венерологии*, 2015; 2: 23-40.