

ПОВЕДЕНЧЕСКИЕ И СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ СЕРОПОЗИТИВНЫХ ПО СИФИЛИСУ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

Шулаева И. В., Воронина Л. Г., Попова Л. Ю.

¹ГБОУ ВПО «Оренбургская Государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения России, Оренбург, Россия (460000, Оренбург, ул. Советская, 6), e-mail: livka332@mail.ru

Учёные отмечают, что беременные женщины, страдающие сифилисом, характеризуются социально дезадаптированным поведением, проявляющимся беспорядочными половыми контактами, наличием вредных привычек и поздней обращаемостью в медицинские учреждения для постановки на учёт по беременности. В настоящей статье отражены черты поведения и особенности социального статуса беременных женщин, серопозитивных по сифилису. Согласно проведённым исследованиям, беременные, страдающие сифилисом, молодого репродуктивного возраста, не используют методов контрацепции, работают в коммерческих структурах, состоят в гражданском браке, проживают в небольших городах области и имеют статус нерезидента. Серопозитивные по сифилису женщины испытывают пристрастие к курению, обладают низкой медицинской активностью, это негативно сказывается на состоянии здоровья новорождённых, у которых отмечаются неврологические нарушения в неонатальном периоде.

Ключевые слова: сифилис, беременность, поведение, социальное поведение.

BEHAVIOURAL AND SOCIAL ASPECTS OF SEROPOSITIVE FOR SYPHILIS PREGNANT WOMEN

Shulaeva I. V., Voronina L. G., Popova L. J.

Orenburg State Medical Academy of the Ministry of Health of the Russia, Orenburg, Russia (460000, Orenburg, street Sovetskaya, 6), e-mail: livka332@mail.ru

Scientists note that pregnant women with syphilis, characterized by socially troubled behavior manifested disorderly sexual contacts, the presence of harmful habits and low attendance in medical institutions for registration of pregnancy. In this article describes the features of the behavior and characteristics of the social status of pregnant women seropositive for syphilis. According to studies, pregnant, suffering from syphilis, young reproductive age, do not use contraceptive methods, work in the commercial structures, consist in a civil marriage, live in small towns of the region and have non-resident status. Seropositive for syphilis women have a passion for smoking, have low medical activity; this adversely affects the health of newborns who have neurological disorders in the neonatal period.

Keywords: syphilis, pregnancy, behavior, social behavior.

Введение. Сифилис является весьма актуальной проблемой дерматовенерологии как в странах всего мира, так и в Российской Федерации. Данная инфекция выступает в качестве исторически индикаторной нозологической единицы в группе социально значимых заболеваний [8].

В последнее время отмечается стремительное увеличение числа женщин с впервые выявленной сифилитической инфекцией после родов. Нередко это связано с нестабильностью социальных, экономических и межличностных отношений, резким усилением миграционных процессов. Беременность и выплата материального пособия по рождению ребёнка для женщины, ведущей асоциальный образ жизни, является порой единственным средством существования. Первое обращение таких женщин за медицинской помощью наблюдается в момент поступления в роды, которые нередко происходят в домашних условиях. Широко распространённое применение антибиотиков по поводу

интеркуррентных заболеваний часто приводит к патоморфозу сифилиса: переходу инфекционного процесса в скрытое течение, изменению иммунитета и как следствие «отрицательным» результатам отборочных скрининговых реакций во время беременности [6].

В публикациях последних лет отмечается, что сифилисом в основном болеют беременные женщины с неадаптированным социальным поведением, преимущественно молодого детородного возраста, не состоящие в браке и ведущие беспорядочную половую жизнь на фоне злоупотребления алкоголем, наркотиками, низкого уровня образованности, что приводит к поздней обращаемости данной категории пациенток в консультации или ее отсутствию [1, 2, 3, 5].

Цель исследования: изучить особенности поведения и дать социальную характеристику женщин, инфицированных сифилисом.

Материалы и методы. Проведён анализ 15 медицинских карт амбулаторного больного (форма 025/у) матерей, страдающих приобретённым сифилисом (группа № 1), и 25 матерей, которые перенесли сифилис, получили специфическое лечение и сняты с клинико-серологического контроля к моменту наступления беременности (группа № 2) за период 2001–2011 гг.

Статистическая обработка результатов осуществлялась с помощью пакета программ Statistica 10. Различия между сравниваемыми группами считали статистически достоверными при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение. Согласно проведённым исследованиям, в группе № 1 у большинства женщин отмечался ранний скрытый сифилис – 73,3 %, вторичный рецидивный – 20,0 % и первичный сифилис – 6,7 %. У всех детей, родившихся от матерей группы № 1, диагностирован ранний врождённый сифилис.

Сифилитическая инфекция осложняет течение беременности, частым её исходом могут быть преждевременные роды, что подтверждают наши наблюдения. Так, в группе № 1 4,0 % матерей завершили роды преждевременно на сроке 28–32 недели, 66,7 % – на сроке 33–37 недель. Срочные роды отмечались у 26,7 % женщин. В группе № 2 роды в срок отмечались у 96,0 % матерей, преждевременные роды на сроке 33–37 недель – у 4,0 % женщин.

Нами была проведена оценка состояния здоровья новорождённых детей. Наименьшие показатели массы тела при рождении наблюдались у детей с ранним врождённым сифилисом по сравнению с детьми, рождёнными женщинами группы № 2 ($2263,7 \pm 80,9$ г $3495,0 \pm 154,1$ г, соответственно, $p < 0,05$). Средняя длина тела новорождённых также была меньше у детей, рождённых матерями группы № 1 по сравнению с детьми матерей группы № 2 ($46,9 \pm 0,83$ см против $51,7 \pm 1,5$ см, $p < 0,05$).

При оценке неврологической патологии у новорождённых наблюдались некоторые особенности. Так, у детей, рождённых матерями группы № 1, достоверно чаще в период новорождённости выявлялся синдром двигательных нарушений – 73,3 % против 4,0 % у детей, рождённых от матерей группы № 2 ($p < 0,05$). Синдром общего угнетения центральной нервной системы у детей с врождённым сифилисом встречался в 15 раз чаще по сравнению с группой № 2 (60,0 % и 4,0 %, соответственно, $p < 0,05$). Гипертензионно-гидроцефальный синдром регистрировался практически у половины новорождённых, родившихся от матерей группы № 1 – 46 % по сравнению с 4,0 % у детей матерей группы № 2 ($p < 0,05$). Синдром повышенной нервно-рефлекторной возбудимости сопутствовал синдрому внутричерепной гипертензии и достоверно чаще отмечался у детей с ранним врождённым сифилисом (33,3 % против 4,0 %, $p < 0,05$).

Проведённое исследование показало, что более половины матерей группы № 1 – 60,0 % – принадлежали к возрастной группе 20–25 лет, удельный вес беременных в возрасте 31–40 лет составил 20,0 %, 26–30 лет – 13,3 %, 17–19 лет – 6,7 %. В группе № 2 преобладали женщины в возрасте 26–30 лет – 40,0 %, к возрастной группе 31–40 лет отнесены 36,0 % матерей, к группе 20–25 лет – 24,0 %.

Установлено, что среди женщин, родивших детей с врождённым сифилисом, преобладали жительницы небольших городов – 80,0 %, в сельских населённых пунктах проживали 13,3 % женщин, в районных центрах – 6,7 %. В группе № 2 большинство женщин – 80,0 % – являлись жительницами областного центра, 16,0 % – небольших городов, 4,0 % – сельских населённых пунктов.

В юридических документах Российской Федерации существует такое понятие, как «нерезидент». Нерезидентом называют физические лица, действующие в одном государстве, но постоянно зарегистрированные и проживающие в другом. Женщина, имеющая статус нерезидента, лишена возможности получать бесплатную медицинскую помощь в полном объёме. Из общего количества беременных, не получавших дородового наблюдения, доля нерезидентов составляет по данным разных авторов от 50,0–69,0 % [7]. В проведённом нами исследовании в группе № 1 нерезиденты составили 73,3 % против 8,0 % в группе № 2 ($p < 0,05$).

При анализе профессиональной занятости наблюдаемых женщин выявлено, что 40,0 % матерей, родивших детей с врождённым сифилисом, работали на индивидуальных предпринимателей, в группе № 2 анализируемый показатель составил 12,0 %. Женщинам, работающим в коммерческих структурах, не требуется лист временной нетрудоспособности на период декретного отпуска, что является причиной позднего обращения в женские консультации по поводу дородового наблюдения [4].

В группе женщин, родивших детей с врождённым сифилисом, представительницы рабочих профессий составили 26,7 %, учащиеся – 13,3 %, служащие – 13,3 %, домохозяйки – 6,7 %. В группе № 2 большинство женщин были представительницами рабочих профессий – 48,0 % и служащими – 40,0 %.

Согласно нашим исследованиям 46,7 %, женщин группы № 1 состояли в гражданском браке, 33,3 % рожениц отмечали случайные половые связи (количество половых партнёров более 5 в год), 20,0 % матерей состояли в официально зарегистрированном браке. В группе № 2 преобладали замужние женщины (88,0 %), в гражданском браке состояли 8,0 % матерей, 4,0 % рожениц указывали на случайные половые связи.

Наличие вредных привычек (курение, употребление алкоголя) было отмечено у женщин всех групп. Пристрастие к никотину в группе № 1 отмечалось у 60,0 % матерей против 8,0 % в группе № 2 ($p < 0,05$). Систематически употребляли алкоголь и курили 33,3 % матерей группы № 1 по сравнению с 4,0 % в группе № 2.

Изучение акушерско-гинекологического анамнеза показало, что в группе № 1 удельный вес женщин, имевших две беременности, составил 53,3 %, три беременности – 26,7 %, одну (настоящую) беременность – 20,0 %. В группе сравнения большая часть матерей имела две беременности – 92,0 %, одну (настоящую) беременность – 4,0 %, три беременности – 4,0 %.

Большая часть женщин группы № 1 не использовали средств контрацепции (60,0 %). Основным способом контрацепции у матерей, родивших детей с врождённым сифилисом, является барьерный метод, которым пользовались 40,0 % матерей, в группе № 2 подавляющая часть женщин – 84,0 % – пользовались гормональными контрацептивами.

Подтверждают факт недостаточного использования средств контрацепции данные о количестве беременностей и родов в течение жизни. Так, в группе № 1 удельный вес женщин, имевших две и три беременности, суммарно составил 90,0 %, при этом роды состоялись только у 6,7 % женщин. В группе № 2 две и три беременности имели 96,0 % матерей, родами завершили 92 % женщин.

Анализируя сроки первой явки беременных в женскую консультацию, было выявлено, что своевременно (до 12 недель беременности) достоверно чаще обращались матери группы № 2 – 80,0 %. Следует особо отметить, что наибольшее количество женщин, совсем не наблюдавшихся в женской консультации, было выявлено в группе № 1, и составило 73,3 %. В группе № 2 исследуемый показатель составил 4,0 % ($p < 0,05$).

По данным Т. В. Чаковой (2009), для больных сифилисом беременных женщин характерно социально-негативное поведение, проявляющееся беспорядочными половыми связями, уклонением от своевременной постановки на учёт по беременности, обследования и лечения; низкий уровень образования [9].

Полученные нами данные не согласуются с данными исследователей. Согласно нашим исследованиям, для матерей, страдающих сифилисом, не характерны черты социальной дезадаптации: практически все женщины работали или учились, состояли в гражданском или официально зарегистрированном браке.

Согласно исследованиям Salojee H. и соавт. (2004) отсутствие медицинской страховки даже в развитых странах является важным барьером на пути получения дородового наблюдения беременной женщиной. Как правило, женщины в большинстве случаев не работают и, не нуждаясь больничном листе, не обращаются в женскую консультацию во время беременности. Учитывая, что дородовый период женщин нерезидентов не оплачивается, большинство из них не может встать на учет в женских консультациях [10].

Полученные нами данные согласуются с данными исследователей в проблеме отсутствия обращения в женскую консультацию с целью наблюдения по беременности, но причины неявки в женскую консультацию несколько отличаются от проведенных ранее исследований. Согласно нашим данным, женщины не обращались за дородовым наблюдением ввиду отсутствия необходимости в листе нетрудоспособности, так как большинство матерей работали на индивидуальных предпринимателей. 73,3 % женщин были нерезидентами, что лишало их возможности получить надлежащую медицинскую помощь в связи с беременностью. В качестве другой причиной отсутствия обращения в женскую консультацию можно выделить трудовую и учебную занятость женщин, поскольку 80,0 % женщин были трудоустроены и 13,3 % матерей учились.

Заключение. Согласно проведенным исследованиям, женщины, родившие детей с врожденным сифилисом, находятся в репродуктивно активном возрасте (20–25 лет), являются жительницами небольших городов, состоят в гражданском браке и указывают на наличие пристрастия к табакокурению. Матери детей группы № 1 не используют методов контрацепции, как правило, это повторнобеременные и повторнородящие женщины, не состоявшие на учёте в женской консультации. 80,0 % женщин работают, из них 40,0 % – в коммерческих структурах, следовательно, у этих матерей отсутствует необходимость в постановке на учёт по беременности и получении листа нетрудоспособности на время декретного отпуска ввиду того, что до- и послеродовой отпуск работодателем не оплачивается. 73,3 % исследуемых женщин обладают статусом «нерезидент», что лишает их возможности получать бесплатную медицинскую помощь в учреждениях охраны материнства и детства в полном объёме.

Приведённые выше данные во многом объясняют высокую распространённость врожденного сифилиса у новорождённых группы № 1, матери которых своевременно не встали на учёт по беременности, следовательно, своевременно не обследовались и не получили курс

специфического лечения. Отсутствие своевременного специфического лечения матери по поводу сифилиса приводит к осложнённому течению беременности, рождению детей с низкими показателями физического развития и патологии центральной нервной системы, которая проявлялась различными синдромами: двигательных нарушений, общего угнетения центральной нервной системы, гипертензионно-гидроцефальным синдромом, повышенной нервно-рефлекторной возбудимости.

Список литературы

1. Бердицкая Л. Ю., Сырнева Т. А. Медико-социальные аспекты сифилиса у беременных и новорождённых, совершенствование мер профилактики // Тезисы 3 Всероссийского конгресса дерматовенерологов. – Казань, 2009. – Режим доступа. – URL: <http://www.dermatology.ru/collections/mediko-sotsialnye-aspekty-sifilisa-u-beremennykh-i-novorozhdennykh-sovshenstvovanie-me> (дата обращения: 27.09.2013).
2. Болдина Т. В., Решетникова Т. Б. Социальные, клинические и эпидемиологические особенности сифилиса у беременных // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – № 4. – С. 68-71.
3. Гафаров М. М., Латыпов А. Б., Хисматудлина З. Р. Особенности эпидемиологии сифилиса у беременных женщин // Новые технологии в организации дерматологической помощи населению Российской Федерации: тез. науч. работ VIII Всероссийской конференции дерматовенерологов (25–26 ноября 2004 г.). – М., 2004. – С. 35.
4. Кунгуров Н. В., Макаренко А. И., Сырнева Т. А. Новые подходы к проблеме врожденного сифилиса // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2006. – № 2. – С. 33-35.
5. Кунгуров Н. В., Сырнева Т. А., Бердицкая Л. Ю. Эпидемиологические аспекты заболеваемости сифилисом беременных и новорождённых // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2008. – № 1. – С. 56-58.
6. Мартынова Г. П. Влияние сифилиса на течение ante- и интранатального периодов у новорождённого // Сибирский медицинский журнал. – 2011. – № 8. – С. 84-87.
7. Остроухова Т. Н. Исходы родов у женщин, серопозитивных по сифилису во время беременности и /или родов // ИППП. – 2002. – № 3. – С. 25-28.
8. Савосина О. Г. Эпидемиологическая ситуация по врождённому сифилису у детей раннего возраста Северо-Кавказского региона в доме ребёнка исправительной колонии // Кубанский научный медицинский вестник. – 2006. – № 5–6. – С. 150-153.

9. Чакова Т. В., Немчанинова О. Б. ИФА-диагностика сифилиса у беременных // Российский журнал кожных и венерических болезней. – 2007. – № 2. – С. 64-66.
10. Salojee H. The prevention and management of congenital syphilis: an overview and recommendations // Bull. World Health Organ. – 2004. – Vol. 82. – № 6. – P.424-430.

Рецензенты:

Хисматуллина З. Р., д.м.н., профессор, зав. кафедрой дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии Института последипломного образования ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России), г.Уфа.

Фахретдинова Х. С., д.м.н., профессор, зав. курсом дерматовенерологии кафедры дерматовенерологии с курсами дерматовенерологии и косметологии Института последипломного образования ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России, г.Уфа.