

P. Ebbesen // Journal of Medical Virology. – 1997. – Vol. 51, Issue 3. – P. 210–213. doi: 10.1002/(sici)1096-9071(199703)51:3<210::aid-jmv11>3.0.co;2-o

16. Habip, Z. Neopterin and soluble CD14 levels as indicators of immune activation in cases with low anti-HCV reactivity and true HCV infection [Text] / Z. Habip, P. Sohrabi, S. Saribas, R. Caliskan, M. Demirci, A. Karakullukcu et. al. // Acta virologica. – 2017. – Vol. 61, Issue 03. – P. 264–272. doi: 10.4149/av_2017_304

17. Bratslavskaya, O. Influence of neopterin and 7,8-dihydroneopterin on the replication of Coxsackie type B5 and influenza A viruses [Text] / O. Bratslavskaya, D. Platace, E. Miklaševičs, D. Fuchs, A. Martinsons // Medical Microbiology and Immunology. – 2006. – Vol. 196, Issue 1. – P. 23–29. doi: 10.1007/s00430-006-0025-y

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Лакатош В. П.
Дата надходження рукопису 26.10.2017*

Наталія Петрівна Бондаренко, кандидат медичних наук, асистент, кафедра акушерства і гінекології № 1, Національний медичний університету імені О. О. Богомольця, бул. Т. Шевченка, 13, м. Київ, Україна, 01601, асистент, Перинатальний центр м. Києва, вул. Предславинська, 9, м. Київ, Україна, 03150
E-mail: nataliabondareno@gmail.com

УДК 616.972:311.21(477.42)

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119298

АНАЛІЗ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА СИФІЛІС В ЖИТОМИРСЬКІЙ ОБЛАСТІ

© А. А. Фомюк, І. М. Круковська, В. М. Косенко

У статті розглянуті показники захворюваності на сифіліс в Житомирській області за період з 2013 по 2016 роки. Проаналізовано розподіл хворих з урахуванням віку, статі, соціального статусу. Встановлено, що хвороба має тенденцію до поширення. Зроблено висновок, що тільки активне виявлення хворих, з'ясування ймовірних джерел інфікування, повноцінна санітарно-освітня робота допоможуть покращити епідеміологічну ситуацію в області

Ключові слова: динаміка, захворюваність, сифіліс, Житомирська область, аналіз, річні звіти, епідеміологічна ситуація

1. Вступ

Аналіз захворюваності на сифіліс в Україні за останні п'ятдесят років вказує на мінливі показники. Періоди інтенсивного зростання недуги періодично чергуються з процесами, пов'язаними зі стабілізацією та зменшенням цифрових значень, відтворюючих захворюваність на цю хворобу [1]. Найбільша кількість хворих на сифіліс, як правило, діагностується в періоди економічних та соціальних негараздів [1]. В Україні найнижчі показники були зареєстровані у 1968 році (2,8 на 100 тис. населення) та протягом двох десятиліть характеризувалися стабільністю [1]. Суттєві негативні зміни були зафіксовані в перші роки незалежності нашої держави [1]. Так, у 1997 році захворюваність на сифіліс відповідала значенню – 147,1 на 100 тис. населення [1]. Статеве виховання, пропаганда безпечної сексуальної поведінки, активне виявлення хворих на ранніх етапах розвитку недуги сприяли покращенню епідеміологічної ситуації [1]. Проте частота поширення цієї хвороби повинна бути під постійним контролем (особливо в умовах демографічної кризи).

2. Обґрунтування дослідження

У доступній літературі достатньо повно та глибоко досліджені питання, які торкаються інфекцій,

що передаються статевим шляхом (ІПСШ), зокрема, сифілісу [2]. Всебічно проаналізовані фактори, що впливають на поширення цих недуг [3]. Детально описано епідеміологічну ситуацію стосовно сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки [4]. Акцентована увага на роботі специфічних Центрів контролю та попередження захворювань, що передаються статевим шляхом [4].

Поширення сифілісу в усіх регіонах світу є предметом занепокоєння медичних та соціальних працівників [5]. Зміни в статевій поведінці, низка медичних та демографічних чинників сприяють зростанню кількості хворих, у яких діагностують інфекції, що передаються статевим шляхом, зокрема, сифіліс [6]. Випадкові статеві стосунки, ранній початок сексуального життя, легковажність до власного здоров'я – головні причини зараження блідою трепонею [7]. Наявність інфекцій, що передаються статевим шляхом, суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ [2].

Проведена оцінка медичних витрат, пов'язаних з лікуванням та профілактикою інфекцій, які передаються статевим шляхом, вказує, що ці недуги спричиняють значні економічні збитки, пов'язані з лікуванням, тимчасовою втратою працездатності, превентивними заходами [8].

ПСПШ – це соціальні хвороби. Вони негативно позначаються не тільки на здоров'ї хворих, але й становлять загрозу для всього суспільства [9].

Пропаганда безпечної сексуальної поведінки, профілактичне тестування груп ризику має важливе значення для запобігання ПСПШ, зокрема сифілітичної інфекції [10].

Ми вважали за доцільне дослідити динаміку захворюваності на сифіліс та оцінити роботу спеціалізованих медичних закладів у Житомирській області. Це дасть змогу в подальшому ефективніше планувати та проводити попереджувальні заходи.

3. Мета дослідження

Проаналізувати епідеміологічну ситуацію щодо сифілісу в Житомирській області за період з 2013 по 2016 роки.

4. Матеріали та методи

Було розглянуто та досліджено річні звіти обласного шкірно-венерологічного диспансеру Житомирської обласної ради з 2013 по 2016 роки: звіт про захворювання, які передаються переважно статевим шляхом, грибкові шкірні хвороби та коросту (форма № 9) та звіт про контингент хворих на захворювання, що передаються переважно статевим шляхом, грибкові шкірні хвороби та коросту (форма № 34).

У роботі використані наступні методи: бібліосемантичний, системного аналізу та логічного узагальнення, метод обчислення елементарних математичних статистик (вибіркове середнє).

5. Результати дослідження та їх обговорення

Надання сучасної та якісної дерматовенерологічної допомоги населенню Житомирської області пов'язано з кропіткою роботою висококваліфікованих фахівців обласного шкірно-венерологічного диспансеру Житомирської обласної ради, міської шкірно-венерологічної поліклініки ЦМЛ № 1, шкірно-венерологічного диспансеру Новоград-Волинського міськрайонного територіального медичного об'єднання, кабінетів при державних лікувальних закладах.

Нормативно-правове забезпечення режиму роботи вказаних установ регламентується Наказом МОЗ України № 312 від 08.05.2009 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання» [11], Наказом МОЗ України № 769 від 23.10.2009 «Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги дітям з підозрою на вродженій сифіліс» [12], Наказом МОЗ № 286 від 07.06.2004 «Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України» [13] та Наказом МОЗ України № 997 від 22.11.2013 «Про затвердження Методичних рекомендацій «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу» [14].

Щоденна праця медичних працівників направлена на збереження та зміцнення здоров'я пацієнтів. Проведення заходів, спрямованих на первинну та вторинну профілактику, складають основу діяльності дерматовенерологічних установ Жито-

мирщини. У центрі уваги керівництва та лікарів завжди були питання, пов'язані зі своєчасною діагностикою, комплексним лікуванням та динамічним спостереженням за хворими. Особливе занепокоєння лікарів-дерматовенерологів викликають проблеми поширення інфекцій, що передаються статевим шляхом, зокрема, сифілісу.

У часи економічної нестабільності, соціальних перебудов, військових дій, як правило, зростає число осіб з ПСПШ. Кризові ситуації в країні переплітаються з проблемами, пов'язаними з проституцією, алкоголізмом, наркоманією. Показники, що відтворюють процеси неконтрольованої міграції населення, безробіття, моральної розбещеності, знаходяться у тісних взаємозв'язках з показниками поширення ПСПШ, зокрема сифілісу.

З 2013 р. по 2016 р. у Житомирській області було зареєстровано з уперше в житті встановленим діагнозом «сифіліс» 626 хворих. Найбільшу кількість хворих було зареєстровано в 2016 році – 173 чоловіки (в 2015 р. – 161, в 2014 р. – 163, в 2013 – 129). Захворюваність в 2016 р. збільшилась на 12 випадків у порівнянні з 2015 р. і склала 13,9 на 100 тис. населення. У 2015 р. цей показник відповідав значенню 12,8 на 100 тис. населення.

У табл. 1 прослідковано динаміку захворюваності населення Житомирської області на сифіліс з 2013 по 2016 роки.

Таблиця 1
Захворюваність населення Житомирської області на сифіліс (випадків на 100 тис. населення)

Райони та міста Житомирської області	Рік			
	2013	2014	2015	2016
Андрушівський	11,5	14,6	17,6	14,8
Баранівський	7,2	21,9	19,6	24,7
Бердичівський	6,7	27,3	10,3	17,3
Брусилівський	6,4	–	6,6	6,6
Володар-Волинський	14,0	8,4	11,2	5,6
Смільчинський	5,6	5,8	–	11,8
Житомирський	5,9	10,2	4,3	10,1
Коростенський	13,9	32,2	–	11,0
Коростишівський	2,4	12,3	12,3	9,9
Лугинський	23,0	29,5	23,8	18,0
Любарський	14,2	7,3	51,0	18,4
Малинський	2,1	8,6	17,4	19,7
Народицький	–	–	10,6	10,7
Новоград-Волинський	7,7	10,6	1,9	14,6
Овруцький	10,1	8,6	6,9	7,0
Олевський	16,6	16,6	9,5	14,3
Попільнянський	18,0	9,2	15,4	15,6
Радомишльський	19,0	20,8	28,7	26,2
Романівський	17,0	20,7	27,7	24,5
Ружинський	7,0	14,4	–	–
Червоноармійський	21,1	8,6	25,8	39,0
Черняхівський	9,8	30,4	17,1	24,2
Чуднівський	2,7	19,2	11,0	8,4
м.Бердичів	12,7	16,7	9,0	18,2
м.Коростень	18,2	13,7	19,8	7,7
м.Житомир	8,1	7,4	13,0	10,9

З 2013 по 2016 роки захворюваність мешканців Житомирської області на сифіліс збільшилась з 10,1 до 13,9 випадків на 100 тис. населення (табл. 2). Найвищі показники в 2016 році були зафіксовані в Баранівському, Радомишльському, Романівському, Червоноармійському, Черняхівському районах. Так, у Баранівському районі в 2013 році реєструвалося 7,2 випадки на 100 тис. населення, а через три роки цей показник збільшився і становив 24,7 випадки на 100 тис. населення. Аналогічна негативна динаміка помічена і в Бердичівському, Малинському, Черняхівському районах (табл. 1). У 2016 році середній (по районах Житомирської області) показник захворюваності на сифіліс становив 14,9 випадків на 100 000 населення (табл. 2). У Бердичівському, Баранівському, Лугинському, Любарському, Малинському, Олевському, Попільнянському, Радомишльському, Романівському, Червоноармійському, Черняхівському районах у 2016 році показники захворюваності населення на сифіліс перевищували середні значення і коливалися в межах 15,6–39,0 випадків на 100 тис. населення.

Таблиця 2
Динаміка захворюваності на сифіліс в Житомирській області (випадків на 100 тис. населення)

Середні показники захворюваності на сифіліс	Рік			
	2013	2014	2015	2016
По районах	9,9	14,2	12,5	14,9
По містах	10,6	10,2	13,4	11,8
По області	10,1	12,9	12,8	13,9

Протягом 2013 року було вперше зареєстровано з діагнозом сифіліс 129 хворих, а в 2016 році – 173 пацієнта. Проте практичні лікарі переконані, що статистичні показники недостатньо повно розкривають питання щодо захворюваності на сифіліс. Це пов'язано з відтоком хворих з державних установ у приватні медичні структури, зміною місця проживання, самолікуванням на ранніх етапах розвитку недуги тощо. У табл. 3 відтворено структуру захворюваності на сифіліс.

Таблиця 3
Структура захворюваності на сифіліс населення Житомирської області

Діагноз	Рік			
	2013	2014	2015	2016
	Абсолютні числа	Абсолютні числа	Абсолютні числа	Абсолютні числа
Сифіліс ранній	116	140	118	126
в тому числі прихований	72	75	65	79
Сифіліс пізній	4	6	4	12
Сифіліс не уточнений	9	17	39	35

В структурі недуги превалюють ранні форми. У 2016 році було діагностовано 126 випадків ранньо-

го сифілісу, що складає 72,8 % від загального числа хворих у цьому році. У 2015 р. кількість хворих з раннім сифілісом відповідала показнику 118 чоловік, у 2014 р. – 140, 2013 р. – 116.

Особливе місце в поширенні недуги займають пацієнти з латентними, асимптомними формами інфекції. Аналіз цифрового матеріалу вказує на поступове зростання кількості хворих з прихованим перебігом. Це є прогнозовано несприятливим фактором. Так, у 2016 р. було діагностовано прихований перебіг у 79 хворих, 2015 р. – 65, 2014 р. – 75, 2013 р. – 72. Отримані дані націлюють на необхідність профілактичних обстежень пацієнтів у терапевтичних та неврологічних відділеннях. Дотримання стандартів діагностики суміжними спеціалістами допоможе стримати подальше поширення сифілісу в Житомирській області.

З 2013 року фіксуються незначні коливання в показниках, пов'язаних з виявленням пізнього етапу розвитку недуги. З метою запобігання розвитку пізніх стадій хвороби, необхідно ще більше уваги приділити обстеженню пацієнтів, які звертаються в стаціонари та поліклініки з приводу будь-якого соматичного захворювання.

Слід зауважити, що з 2013 року по 2017 рік не було діагностовано жодного випадку вродженого сифілісу. Це пов'язано з суцільним обстеженням на сифіліс вагітних жінок у першій та другій половині вагітності та за один місяць до пологів.

Особливе занепокоєння лікарів-дерматовенерологів викликає зростання захворюваності на сифіліс серед пацієнтів репродуктивного віку (табл. 4).

Таблиця 4
Розподіл хворих на сифіліс з урахуванням віку пацієнтів

Вік пацієнтів (в роках)	Роки			
	2013	2014	2015	2016
	Абсолютні числа	Абсолютні числа	Абсолютні числа	Абсолютні числа
0–14	1	0	3	1
15–17	3	5	4	3
18–19	6	4	9	6
20–29	43	55	46	59
30–39	36	53	51	45
40 і старші	40	46	48	59
Всього	129	163	161	173

У віці від 0 до 14 років та від 15 до 17 років діагностуються лише поодинокі випадки хвороби, а в репродуктивному періоді ця патологія набуває стрімкого поширення. Найбільша кількість пацієнтів фіксується у вікових діапазонах 20–29 років, 30–39 років, 40 років і старші. Однаково часто сифіліс реєструється як у чоловіків, так і жінок (табл. 5).

Підвищення сексуальної культури серед широких верств населення, доступність бар'єрних засобів контрацепції мають бути необхідними складовими профілактичних заходів.

Таблиця 5
Розподіл хворих на сифіліс з урахуванням статі пацієнтів

Стать пацієнтів	Роки			
	2013	2014	2015	2016
Жінки	73	81	84	89
Чоловіки	56	82	77	84
Всього	129	163	161	173

До зони ризику (в першу чергу) потрапляють чоловіки та жінки без постійного місця проживання та постійної роботи, які ведуть аморальний спосіб життя. У 2016 році було зареєстровано 89 жінок та 84 чоловіки з діагнозом «сифіліс».

Основними проблемами сучасної венерології є: поступове збільшення кількості хворих на венеричні захворювання, зокрема, сифіліс; труднощі, пов'язані з реєстрацією та контролем за цією групою пацієнтів.

Різноманітні прояви девіантної поведінки (проституція, наркоманія) тісно взаємопов'язані з поширенням ІПСШ та негативно відтворюються на показниках захворюваності.

Прихована пропаганда аморального способу життя з екранів телевізорів у поєднанні з економічною скрутою, сприяє поширенню сифілісу серед різних соціальних груп (табл. 6). Певне погіршення епідеміологічної ситуації можна пов'язати також з незнанням основ профілактики захворювань, які передаються статевим шляхом. У 2016 році найбільший відсоток (73,9 %) пацієнтів, хворих на сифіліс, не мали постійної роботи та не навчалися.

Тільки уникнення випадкових статевих зв'язків та своєчасне превентивне лікування – суттєві перепони на шляху поширення ІПСШ, зокрема, сифілісу.

Таблиця 6
Аналіз захворюваності на сифіліс різних соціальних груп населення Житомирської області

Соціальний статус	Роки			
	2013	2014	2015	2016
Робітники (%)	14	15,8	11,3	10,4
Службовці (%)	–	1,7	1,3	1,8
Студенти (%)	1,5	1,7	3,1	1,2
Школярі (%)	1,5	1,7	2,6	1,2
Учні ПТУ (%)	2,3	2,3	0,7	0,6
Діти дошкільного віку (%)	0,8	–	0,7	0,6
Інваліди (%)	1,6	2,4	2,6	1,8
Пенсіонери (%)	7,8	6,1	4,3	7,5
Особи, які не працюють, не навчаються (%)	70,5	68,3	73,4	74,9

Загальновідомо, що рання діагностика та своєчасне лікування відіграють важливу роль у процесах гальмування подальшої поширеності сифілісу. Фахівці в галузі дерматовенерології активно виявляють хворобу під час профілактичних оглядів, обстеження донорів та пацієнтів з соматичною патологією.

Обов'язковим диспансерним наглядом підлягають працівників сфери обслуговування, харчових підприємств, дитячих закладів (табл. 7).

Таблиця 7
Шляхи виявлення хворих на сифіліс

Шляхи виявлення	Роки		
	2014	2015	2016
Хворі з'явилися самостійно (%)	41,7	47,2	50,3
Активно виявлено (%)	58,3	52,8	49,7
У т.ч. при диспансерних методах роботи: (%)	9,2	5,3	3,5
Як джерела зараження (%)	3,06	0,6	1,7
Як статеві контакти (%)	6,1	5,6	1,1
Як побутові контакти (%)	0	1,9	0,6
У т.ч. при інших методах роботи:			
Під час обстеження вагітних (%)	16,6	12,4	12,7
Під час обстеження соматичних хворих (%)	21,4	24,8	23,7
Під час профоглядів (%)	11,1	10,3	9,8
У т.ч. донорів (%)	1,2	1,9	0,6
Іншими спеціалістами (%)	9,2	3,1	6,9

Виявлення джерела зараження дозволяє розірвати ланцюг «хворий → шлях передачі → здорова людина». Ця проблема надзвичайно важлива та складна. Так, у 2016 році джерела зараження були з'ясовані в 60 випадках або 34,7 % (у порівнянні з 2015 – 39,8 %). При ранньому сифілісі в 2016 році джерело інфекції було встановлено у 85 % випадків, а на пізніх етапах розвитку – у 5 %.

Своєчасне лабораторне обстеження вагітних дозволило попередити розвиток вродженого сифілісу. З 2013 року в Житомирській області не було зареєстровано жодного випадку сифілісу у немовлят.

Пропаганда безпечної сексуальної поведінки в поєднанні з профілактичним тестуванням має важливе значення для запобігання інфікування блідою трепонею.

Дієвим методом попередження ІПСШ є санітарно-освітня робота серед широких верств населення. За 12 місяців 2016 року працівниками обласного шкірно-венерологічного диспансеру Житомирської обласної ради було проведено 107 лекцій та 67 бесід з питань, що стосувались морально-гігієнічного виховання мешканців Житомирської області; захворювань, які передаються статевим шляхом; здорового способу життя. Цікавими формами профілактичної роботи була участь лікарів у тематичних радіо- та телепередачах. Необхідно ще більше уваги звернути на профілактичну роботу серед осіб працездатного віку. Розуміння дорослим населенням проблем, що породжуються ІПСШ, допоможе не тільки зберегти власне здоров'я, а й налагодити довірливі стосунки між батьками та дітьми.

Питання, що пов'язані з поширенням інфекцій, які передаються статевим шляхом не тільки медичні, а й соціальні. Адже ці хвороби впливають на репродуктивне здоров'я, а, отже, й на демографічні показники. Тому до процесу боротьби повинні активно

долучитися громадській організації, органи освіти та охорони здоров'я.

6. Висновки

1. Захворюваність населення Житомирської області на сифіліс з 2013 по 2016 роки має незначну тенденцію до збільшення. Так, у 2013 році було зафіксовано 10,1 випадків на 100 тис. населення, а в 2016 році – 13,9 випадків на 100 тис. населення.

2. Аналіз структури захворювання вказав на високі показники недуги з прихованим перебігом.

3. Найбільша кількість хворих припадає на віковий діапазон, що належить до репродуктивного періоду та старшої вікової групи.

4. Оцінюючи соціальний статус хворих, дійшли до висновку, що недуга найчастіше діагностується в осіб, які не працюють та не навчаються.

5. Систематичне обстеження хворих з соматичною патологією дозволило в 2016 році виявити приховані форми сифілісу у 23,7 % населення.

6. Своєчасне комплексне лікування вагітних жінок з позитивними серологічними реакціями (в умовах шкірно-венерологічного диспансеру) попередило розвиток сифілісу у новонароджених дітей. З 2013 року по 2016 рік в Житомирській області не було зареєстрованого жодного випадку народження немовлят з проявами цієї інфекційної хвороби.

7. Тільки активне виявлення хворих, встановлення ймовірних джерел інфікування, впровадження нових високоефективних методів лабораторної діагностики, повноцінна санітарно-освітня робота серед різних верств населення допоможуть зменшити показники захворюваності мешканців Житомирської області на сифіліс.

Література

1. Степаненко, В. І. Епідеміологічна ситуація із захворюваністю на інфекції, що передаються статевим шляхом. Проблеми та завдання дерматовенерологічної служби України [Текст] / В. І. Степаненко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2004. – № 2. – С. 5–7.

2. Захворювання, що передаються статевим шляхом [Електронний ресурс]. – Wikipedia. – Режим доступу: https://uk.wikipedia.org/wiki/Захворювання,_що_передаються_статевим_шляхом

3. Satterwhite, C. L. Sexually Transmitted Infections Among US Women and Men [Text] / C. L. Satterwhite, E. Torrone, E. Meites, E. F. Dunne, R. Mahajan, M. C. B. Ocfemia et. al. // Sexually Transmitted Diseases. – 2013. – Vol. 40, Issue 3. – P. 187–193. doi: 10.1097/olq.0b013e318286bb53

4. Короленко, В. В. Аналіз епідеміологічної ситуації щодо сифілісу в країнах Європейського Союзу та Сполучених Штатах Америки як передумова створення системи державного управління соціально небезпечними інфекціями [Текст] / В. В. Короленко // Український журнал дерматології, венерології, косметології. – 2016. – № 2 (61). – С. 98–104.

5. Serwin, A. B. Clinical and epidemiological characteristics of males with syphilis in Bialystok, Poland in 2008–2013 [Text] / A. B. Serwin, M. Koper, M. Unemo // Epidemiological review. – 2015. – Vol. 69, Issue 1. – P. 41–45.

6. Иванова, М. А. Заболеваемость сифилисом в Российской Федерации за период с 2000 по 2008 г.: основные тенденции [Текст] / М. А. Иванова, О. К. Лосева, Н. С. Малыгина, О. В. Поршина, С. А. Меркулова // Клиническая дерматология и венерология. – 2009. – № 6. – С. 26–30.

7. Позднякова, О. Н. Анализ современной заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, в г. Новосибирске [Текст] / О. Н. Позднякова, М. Ю. Долгих // Journal of siberian medical sciences. – 2015. – № 3. – С. 32.

8. Owusu-Edusei, K. The Estimated Direct Medical Cost of Selected Sexually Transmitted Infections in the United States, 2008 [Text] / K. Owusu-Edusei, H. W. Chesson, T. L. Gift, G. Tao, R. Mahajan, M. C. B. Ocfemia, C. K. Kent // Sexually Transmitted Diseases. – 2013. – Vol. 40, Issue 3. – P. 197–201. doi: 10.1097/olq.0b013e318285c6d2

9. Юлдашева, Р.Ж. ИППП и репродуктивное здоровье (обзор литературы) [Текст] / Р. Ж. Юлдашева, С. К. Журумбаева, Ю. С. Иванова, М. Н. Мезензева // Вестник Казахского Национального медицинского университета. – 2015. – № 2. – С. 17–20.

10. Кубанова, А. А. Анализ эпидемиологической ситуации и динамика заболеваемости инфекциями, передаваемыми половым путем, и дерматозами на территории Российской Федерации [Текст] / А. А. Кубанова, И. Н. Лесная, А. А. Кубанов, Л. Е. Мелехина, М. А. Каспирович // Вестник дерматологии и венерологии. – 2010. – № 5. – С. 4–21.

11. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим на дерматовенерологічні захворювання [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009. – № 312. – Режим доступу: <https://docs.dtkr.ua/doc/1039.9255.0>

12. Про затвердження клінічного протоколу надання медичної допомоги дітям з підозрою на вроджений сифіліс [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2009. – № 769. – Режим доступу: <http://document.ua/pro-zatverdzhennja-klinichnogo-protokolu-nadannja-medichnoyi-doc12495.html>

13. Про удосконалення дерматовенерологічної допомоги населенню України [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2004. – № 286. – Режим доступу: <http://mozdocs.kiev.ua/view.php?id=3242>

14. Про затвердження Методичних рекомендацій «Сучасні підходи до лабораторної діагностики сифілісу» [Текст]. – Міністерство охорони здоров'я України, 2013. – № 997. – Режим доступу: <https://www.zakon-i-normativ.info/index.php/component/lica/?href=0&view=text&base=1&id=1341349&menu=1>

*Рекомендовано до публікації д-р мед. наук, професор Заболотнов В. О.
Дата надходження рукопису 31.10.2017*

Анатолій Адамович Фомюк, виконуючий обов'язки головного лікаря, обласний шкірно-венерологічний диспансер ЖОР, вул. Велика Бердичівська, 80, м. Житомир, Україна, 10002
E-mail: kosenkost@gmail.com

Ірина Миколаївна Круковська, кандидат педагогічних наук, доцент, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист, викладач, завідувач кафедри, кафедра природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» ЖОР, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002

E-mail: kosenkost@gmail.com

Валентина Миколаївна Косенко, кандидат медичних наук, старший викладач, спеціаліст вищої категорії, викладач-методист, викладач, кафедра природничих та соціально-гуманітарних дисциплін, КВНЗ «Житомирський інститут медсестринства» ЖОР, вул. Велика Бердичівська, 46/15, м. Житомир, Україна, 10002

E-mail: kosenkost@gmail.com

УДК: 618.3-06:[616.972:616.988:578.828.6]-022.363-032:618.33:616-053.31]-082(477)

DOI: 10.15587/2519-4798.2017.119389

ЛИКВИДАЦИЯ ПЕРЕДАЧИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ И СИФИЛИСА В УКРАИНЕ: ПРОГРЕСС И ВЫЗОВЫ

© Л. А. Деревянко, В. А. Марциновская

Цель этого исследования – проанализировать индикаторы воздействия и процессов ликвидации передачи матери ребенку (ПМР) ВИЧ инфекции и сифилиса в системе профилактики врожденного сифилиса и программе профилактики ПМР ВИЧ в Украине на основе данных ретроспективного исследования, способствуя, таким образом, подготовке к двойной валидации этих процессов в соответствии с целями и критериями ВОЗ

Ключевые слова: беременные, ВИЧ, сифилис, передача от матери ребенку, врожденный сифилис, ликвидация, валидация

1. Введение

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) в 2008 г. после серии публикаций по активизации действий по профилактике врожденного сифилиса (ВС) приняла глобальную стратегию его ликвидации [1]. Спустя два года была опубликована стратегия профилактики новых случаев инфицирования ВИЧ у детей грудного и раннего возраста [2]. Согласно определению ВОЗ, ликвидация означает сокращение до нуля числа новых случаев заболевания на определенной территории [3]. Однако в силу того, что ВИЧ-инфекция и сифилис остаются проблемой общественного здравоохранения, а эффективность мероприятий по профилактике передачи от матери ребенку (ЛПМР) инфекций является хотя и высокой, но в настоящее время невозможно сократить ее до нуля. Поэтому цель инициатив в отношении ликвидации передачи матери ребенку (ЛПМР) заключается в сокращении передачи от матери ребенку (ПМР) ВИЧ-инфекции и сифилиса до такого крайне низкого уровня, при котором они не являются проблемой общественного здравоохранения.

Термин «врожденный сифилис» традиционно используется для описания неблагоприятных последствий заражения сифилисом во время беременности. Однако в соответствии с консенсусом, достигнутым экспертами в результате глобальных консультаций, проведенных в 2012 г., было предложено использовать, по возможности, вместо термина «врожденный сифилис» термин «передача сифилиса от матери ребенку», чтобы углубить понимание все-

го спектра неблагоприятных последствий, включающих мертворождения, случаи неонатальной смерти, рождение детей до срока и низкую массу тела при рождении, а также родовые травмы [4].

Двойная ликвидация передачи матери ребенку ВИЧ-инфекции и сифилиса мотивируется тем, что такой интегрированный подход повышает качество услуг по охране здоровья матерей и детей, способствует более эффективной ЛПМР этих двух инфекций, а также является непосредственным вкладом в достижение Целей тысячелетия в области развития (ЦТР), а именно ЦТР 4 и 5, которые предусматривают сокращение детской смертности и улучшение состояния здоровья матерей, а также ЦТР 6, которая нацелена на сокращение распространения ВИЧ-инфекции, малярии и других болезней [5].

Для подтверждения ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса ВОЗ разработал критерии валидации с целевыми показателями, которым должны отвечать страны независимо от их эпидемиологических особенностей, уровня развития или моделей предоставления услуг беременным.

2. Обоснование исследования

Украина, как и большинство стран Европейского региона ВОЗ и Центральной Азии, поддерживает инициативу ВОЗ по двойной ликвидации ЛПМР ВИЧ-инфекции и сифилиса, а также долгосрочные глобальные цели по устранению новых случаев заболеваний среди детей до 2030 г. [6]. Кроме того, Украина приняла краткосрочную цель – достижение целевого показателя