

Г.О. СЛАБКИЙ, Л.А. ДЕРЕВ'ЯНКО (Київ)

ГЛОБАЛЬНА ЕЛІМІНАЦІЯ ВРОДЖЕНОГО СИФІЛІСУ: НОВІ ВИКЛИКИ ДЛЯ УКРАЇНИ

ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України»

Вроджений сифіліс (ВС) залишається глобальною проблемою і нині, оскільки у кожному суспільстві він має значні медичні, економічні, соціальні та емоційні наслідки, хоча інколи і приховані. Всесвітня організація охорони здоров'я нещодавно запропонувала Стратегію глобальної елімінації вродженого сифілісу, яка спрямована на мобілізацію ресурсів та надає план дій щодо остаточного викоринення цієї проблеми.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: вагітність, сифіліс, вроджений сифіліс, стратегія.

Вроджений сифіліс (ВС) залишається глобальною проблемою і нині, оскільки у кожному суспільстві він має значні медичні, економічні, соціальні та емоційні наслідки, хоча часом і приховані [12]. Негативні наслідки вагітності спостерігаються майже у 80% жінок з активним сифілісом, у тому числі з випадками мертвонароджуваності (до 40%), перинатальної смерті (20%) та неонатальних інфекцій (20%). Понад 130 млн немовлят народжуються щорічно, з них 8 млн не доживають до свого першого дня народження та ще 3 млн помирають на першому тижні життя, крім того, мертвонароджуваність становить 3,3 млн [10]. Багато з цих 6,3 млн смертей спричинені сифілісом (до 26% випадків мертвонароджуваності за даними L. Finelli), переважно в країнах, що розвиваються [12].

В Україні, незважаючи на зменшення абсолютної кількості випадків ВС та показника захворюваності на сифіліс серед вагітних з 1,9 до 1,6, питома вага хворих на сифіліс вагітних від загальної кількості хворих на сифіліс складає майже 10% за даними ЦМС, що значно більше, ніж у Західній Європі [15]. Протягом останніх десяти років в Україні зростає кількість ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку та народжених ними дітей, а сифіліс та ВІЛ, як відомо, мають однакові шляхи передачі та часто передаються одночасно. Наявність сифілісу у ВІЛ-інфікованої жінки значно підвищує ризик інфікування плоду двома інфекціями [6]. Особливе занепокоєння викликає той факт, що у 2008 р., вперше з 1995 р., передача ВІЛ-інфекції статевим шляхом почала переважати над парентеральною передачею.

Попри те, що у більшості країн існують настанови щодо скринінгу на сифіліс вагітних, високий рівень відвідування антенатальних клінік, не дороге тестування та лікування, існує значна

недооцінка реальної загрози ВС, як на міжнародному, так і національному рівнях. Значна увага приділяється нині попередженню передачі ВІЛ від матері до дитини, і не зрозуміло, чому елімінація ВС «випала» з поля зору міжнародної медичної спільноти. У той час як щорічно рівень смертності від ВС сягає такого, що буде спричинений передачею ВІЛ від матері до дитини [11]. Щоб висвітлити цю проблему та сконцентрувати зусилля на недоліках, ВООЗ розробила програму з елімінації ВС [2].

В Україні під егідою ВООЗ здійснена місія «Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні». Серед жінок, які захворіли на сифіліс під час вагітності, кількість тих, яких можна віднести до груп соціального ризику (ГСР), коливається від 20% до 40%. Значний відсоток серед цих жінок складають ті, яких, на думку ВООЗ, слід віднести до групи підвищеного ризику (ГПР) щодо інфікування ВІЛ (споживачі ін'єкційних наркотиків, представниці секс-індустрії та юні жінки). Команда місії вважає, що деякі з головних нормативних документів застаріли й потребують перегляду, оновлення і включення нових наукових даних, а також більшого наголошення на правах людини. Також було запропоновано розробити нову національну стратегію щодо інфекцій, які передаються статевим шляхом (ІПСШ), з цілями та цільовими показниками, та з окремим розділом, що конкретно висвітлював би питання ГПР. МОЗ рекомендується виробити програму цієї роботи та наглядати за її здійсненням. Як модель для розробки Національної стратегії рекомендовано використати Глобальну стратегію профілактики і боротьби з ІПСШ ВООЗ на 2006–2015 роки та «Глобальну ліквідацію вродженого сифілісу: обґрунтування та стратегія дій», а також доступні міжнародні приклади

найкращої практики, як, наприклад, Національна стратегія щодо сексуального здоров'я та протидії ВІЛ, розроблена та впроваджувана Департаментом охорони здоров'я Великої Британії [1].

Матеріали і методи. Не існує достовірних розрахунків загальної кількості випадків ВС. Щоб визначити щорічну кількість випадків ВС, G. Schmid та співавт. застосували двостадійний підхід, використовуючи дані про вагітних жінок за 1997–2003 рр. із 31 країни, за винятком США, Канади, Північної та Західної Європи, оскільки сифіліс зрідка реєструється в цих країнах і, відповідно, це б суттєво не вплинуло на загальну кількість випадків ВС [13]. На першій стадії була використана база даних ВООЗ, яка використовується для визначення глобальної кількості ІПСШ. Цей метод обчислення випадків ґрунтується на регіональному підході (6 регіонів ВООЗ) за браком даних щодо окремих країн. Для визначення річної кількості жінок, які народили дітей із ВС, серопозитивність в окремому регіоні помножувалась на щорічну кількість пологів в ньому за оцінками ООН на 2004 р. Цей метод не враховує справжню кількість вагітних жінок, які народили дітей із ВС. За наявності ранніх втрат від сифілісу при вагітності, що спостерігається у від 17% до 40% випадків, багато з цих жінок не відвідують антенатальні клініки, таким чином, кількість вагітних, що захворіли на сифіліс під час вагітності, серед них буде заниженою. На другій стадії оцінки глобальної щорічної захворюваності на ВС аналізувались дані включно з трьома нещодавними дослідженнями щодо негативних наслідків нелікованої сифілітичної інфекції у матерів (Watson-Johens, 2002; Schulz, 1987; Global Burden of STI, 2000).

В Україні ми використовували дані Центру медичної статистики щодо виявлення сифілісу у жінок під час вагітності та кількості дітей, у яких встановлено ВС. Проведено соціо-демографічне та клініко-серологічне обстеження 237 жінок, що хворіли на сифіліс до або під час вагітності, та народжених ними дітей (238). Дослідження мало дві складові – перспективну та ретроспективну. До першої частини увійшли 163 матері та 164 їхні дітини, що перебували на обстеженні та лікуванні з діагнозом ВС, профлікуванні (ПЛ) чи клініко-серологічному контролі (КСК) у Київській міській шкірно-венерологічній лікарні та інших дитячих лікарнях м. Києва (ДКЛ №1, «ОХМАТДИТ» тощо) з 1999 р. по 2007 р. До ретроспективної частини дизайну дослідження увійшли дані про 74 матерів та їхніх дітей із ВС, отримані за результатами аналізу типових тимчасових карток випадків вродженого сифілісу (ТТКВВС). Картки надійшли до МОЗ із м. Києва та 14 областей України (Донецької, Житомирської, Запорізької, Івано-Франківської, Київської, Кіровоградської, Луганської, Львівської, Одеської, Рівненської,

Сумської, Тернопільської, Хмельницької, Чернігівської) за 2002–2007 рр. ТТКВВС була запроваджена з метою вивчення епідеміологічної ситуації щодо захворюваності на ВС в Україні згідно з наказом МОЗ України №14 від 17.01.2002 р. „Про заходи щодо профілактики випадків раннього вродженого сифілісу”. Згідно з цим наказом органи охорони здоров'я у місячний термін із моменту встановлення діагнозу повинні повідомляти МОЗ України про кожний випадок ВС, а також подавати ТТКВВС і супровідну документацію. Уніфікована карта містить соціо-демографічні та клініко-серологічні дані матері та дитини, включаючи акушерський анамнез матері, дані її серологічного обстеження та лікування, дослідження пуповинної крові (КСР) та плаценти (зважування, визначення співвідношення ваги плаценти та ваги плоду при народженні), спинно-мозкової рідини (білок, цитозу та РЗК), проведення рентгенографії довгих кісток, а також огляди суміжних фахівців (педіатра, невропатолога, офтальмолога, отоларинголога, ортопеда). Враховувались такі ознаки ВС, як шкірні висипи (плямисто-папульозні, бульозні, дифузна інфільтрація та ін.), сифілітичний риніт, гепато- чи/та спленомегалія, генералізована лімфаденопатія тощо.

Статистична обробка соціо-демографічних та клініко-серологічних даних щодо хворих на сифіліс матерів та тих, що хворіли на нього в минулому, а також народжених ними дітей проведена на персональному комп'ютері з використанням пакета прикладних програм Statistica 6.0 та MS Excel XP. Порівняння відносних або виражених у відсотках величин здійснювалося за допомогою критерію χ^2 (хі-квадрат) та критерію Вілкоксона. 95% конфіденційний інтервал було використано для проведення двомірного аналізу факторів ризику ВС. Логістичне моделювання було проведено для встановлення незалежних факторів ризику народження немовлят із ВС [3].

Результати дослідження та їх обговорення. Отримані дані щодо серопозитивності 431,452 вагітних із 31 країни, за винятком США, Канади, Північної та Західної Європи [12]. Серопозитивність серед вагітних була найбільшою в Американському регіоні (3,9%), в Африканському вона становила 1,98%, Європейському – 1,5%, Південно-Азіатському – 1,11% і Західному Тихоокеанському – 0,70%. Помноживши ці дані на кількість пологів, було встановлено, що щороку реєструється 2,036 753 випадку захворюваності на сифіліс серед матерів. Передбачувана щорічна кількість випадків ВС визначається кількістю вагітних, хворих на сифіліс, у дітей яких розвинувся ВС, і, за різними оцінками, варіює від 728,547 до 1,527,565 [8]. Ці дані не враховують мертвонароджуваність серед жінок, які не відвідують антенатальні клініки.

У нашому дослідженні жінок, які хворіли на сифіліс до чи під час вагітності, було поділено на три групи залежно від встановленого їхнім дітям діагнозу: I група – 102 матері, дітям яких було встановлено діагноз ВС, II група – 78 матерів, дітям яких було проведено ПЛ, III група – 52 матері, діти яких знаходилися на КСК (без специфічного чи профілактичного лікування).

Середній вік матерів, дітям яких було встановлено ВС, в Україні становив $25,8 \pm 0,6$, тобто що групу ризику жінок щодо народження немовлят із ВС складають жінки репродуктивного віку, а не юні жінки.

Серед жінок, які народили немовлят із ВС, було вірогідно більше мешканок міст, ніж сіл, хоча й 20 (19,6%) із них мешкали в містах без реєстрації. Це, з одного боку, зменшує серед них показник міського населення, а з іншого – свідчить про те, що не зареєстровані в містах жінки мали менший доступ до безкоштовних послуг.

У групі жінок, дітям яких встановлено ВС, достовірно було більше незаміжніх жінок ($p < 0,05$), що свідчить про те, що самотність є фактором ризикованої статевої поведінки жінок та в подальшому інфікування ІПСШ, у тому числі сифілісом. Понад половина жінок (54,9%) мали середню освіту, а частка тих, які мали неповну середню освіту, серед них була вірогідно найвищою порівняно з двома іншими групами. На час декретної відпустки переважна більшість жінок у всіх групах були безробітними чи домогосподарками. Таким чином, безробітні жінки чи домогосподарки із середньою освітою є групою ризику щодо сифілісу, оскільки працюючі жінки, у зв'язку з необхідністю отримати декретну відпустку, перебувають на обліку у жіночих консультаціях (ЖК).

У групі жінок, які народили дітей із ВС, було вірогідно більше таких, що належали до ГПР (зловживання алкоголем, ін'єкційні споживачі наркотиків, безладне статеве життя, секс-бізнес тощо), порівняно із жінками групи ПЛ ($p < 0,05$).

В усіх групах переважна більшість хворих жінок та тих, які хворіли на сифіліс, народжували вперше, їх було вірогідно більше в групі КСК порівняно з групами ПЛ та ВС. Народжували вдруге частіше жінки, дітям яких встановлено ВС, а втретє – жінки з групи ПЛ порівняно з групою КСК ($p < 0,05$). Щонайменше один викидень в анамнезі частіше мали майбутні матері з групи ВС порівняно з групою КСК ($p < 0,05$).

Вірогідно частіше жінки ставали на облік до ЖК у I триместрі вагітності, коли можна попередити інфікування плоду, в групах ПЛ та КСК порівняно з групою матерів, дітям яких встановлено ВС. Ми виявили, що 44,1% вагітних жінок із групи ВС не перебували на обліку в ЖК з приводу вагітності, а також що не було вірогідної різниці в кількості жінок, які не перебували на обліку в

ЖК у групах ВС та ПЛ ($p > 0,05$). Так, 26 (33,3%) жінок із групи ПЛ не перебували на обліку в ЖК та не отримали пренатального лікування з приводу сифілісу. У подальшому їхнім дітям було проведено профілактичне лікування за схемою ВС, але, згідно з рекомендаціями експертів, таким дітям не тільки слід проводити специфічне лікування як народженим від хворих на сифіліс матерів, але й встановлювати діагноз передбачуваного ВС. Водночас потребує уваги той факт, що на облік до ЖК в I–III триместрах стали 57 (55,9%) жінок з тих, дітям яких у подальшому встановлено ВС, але своєчасне пренатальне обстеження та лікування їм не було проведено.

Як відомо, ВС є однією з причин передчасних пологів [14], що підтверджують і наші дані. Так, у групі матерів, які народили немовлят із ВС, передчасні пологи відбувалися майже у половині матерів (51%), вірогідно частіше порівняно з двома іншими групами. Передчасні пологи вірогідно частіше відбувалися в групі ПЛ порівняно з групою КСК ($p < 0,05$).

Хоча раннє тестування на сифіліс є вирішальним у профілактиці трансмісії інфекції від матері до немовляти, лише кожній п'ятій (21%) із тих жінок, які народили немовлят із ВС, серологічне обстеження було вперше проведено в I половині вагітності, кожній третій (31%) – у другій половині, решті, практично кожній другій, – у пологах (41%) або після них (4%). Вірогідно більше вагітних мали позитивні серологічні тести в I половині вагітності у групах ПЛ та КСК порівняно з групою ВС ($p < 0,05$), що свідчить про те, що раннє тестування на сифіліс запобігає появі випадків ВС. Пологовий скринінг є фактично останнім фільтром на шляху виявлення випадків ВС. Вірогідно значно більше позитивних результатів серологічного обстеження породіль було зареєстровано у групі ВС порівняно з групами КСК та ПЛ. Практично кожна третя вагітна з групи ПЛ, дітям яких проведено так зване ПЛ за схемою ВС, пройшла вперше тестування на сифіліс у пологах (31%), що свідчить про приховування реєстрації передбачуваних випадків ВС.

Слід зазначити, що серологічне дослідження крові (РЗК чи/та МРП), проведене в I половині вагітності у групі матерів, дітям яких встановлено ВС, було негативним у 19 з 21 вагітних. У другій половині вагітності серологічне обстеження було проведено загалом у 50 жінок, у половині з них РЗК чи/та МРП були позитивними, у решті – негативними (23) чи в реакціях відбувався гемоліз (2). У пологах серологічно було обстежено 90 (88,2%) породіль,пологовий скринінг не проведено у десяти (9,8%) породіль, причому половина з них не була не обстежена під час вагітності, у решті – одно- чи дворазовий допологовий скринінг був негативним. Після

пологів скринінг на сифіліс виявився позитивним у 20 (20,6%) жінок, причому лише у п'яти з них він був проведений уперше. Появу позитивних серологічних результатів матері після пологів можна частково пояснити пізнім інфікуванням в останньому триместрі вагітності, коли на час негативного пологового скринінгу породілля може ще перебувати в інкубаційному періоді, але немовля вже при цьому інфікується. Крім того, появу позитивних реакцій у матерів уже після пологів можна передбачувати пояснити проблемами з чутливістю серологічних тестів, адже в Україні, згідно з чинним наказом, при обстеженні на сифіліс вагітних досі використовується реакція Вассермана всупереч рекомендаціям експертів ВООЗ. Відсутність в Україні референс-лабораторій також не дає змоги належним чином контролювати чутливість серологічних реакцій.

Вірогідно більше позитивних результатів із вищими титрами в РМП (від 1:8 до 1:32) та РЗК (від 1:20 до 1:320) було у матерів із групи ВС порівняно з групою КСК ($p < 0,05$) і, навпаки, вірогідно більше позитивних результатів із низькими титрами в РЗК (1:5) і МРП (1:2–1:4) було в групах КСК та ПЛ порівняно з групою ВС ($p < 0,05$). Не було вірогідної різниці в кількості матерів із титрами РЗК від 1:10 до 1:40 та РМП від 1:8 до 1:64 у групі ПЛ порівняно з групою ВС. Це є ще одним свідченням на користь недореєстрації випадків передбачуваного ВС, адже високі титри серореакцій матері в пологах асоціюються з народженням дитини із ВС [15].

У жінок, які народили немовлят із ВС, було встановлено 16 (15,7%) випадків вторинного сифілісу, 69 (67,6%) – раннього прихованого, у 3 (2,9%) – пізнього прихованого, у решти 14 (13,7%) діагноз не уточнено. У цій групі було вірогідно менше зареєстровано матерів із вторинним сифілісом порівняно з групою КСК і, навпаки, достовірно більше було матерів із раннім прихованим сифілісом. Беззаперечною умовою успішного менеджменту вагітних є виявлення та санація сифілісу у їхніх статевих партнерів для запобігання реінфікування. Вірогідно більше було виявлено джерел інфікування (інфікованих статевих партнерів) у жінок, дітям яких встановлено ВС (18,6%), порівняно з групами ПЛ та КСК.

У групі матерів, дітям яких встановлено ВС, пренатальне лікування не було проведено у 96 (94%) випадках, що вірогідно вище порівняно з групами ПЛ та КСК ($p < 0,05$). У групі ПЛ 33 (42,3%) жінки не отримали пренатального лікування до пологів, це свідчить про те, що у народжених ними дітей високий ризик розвитку ВС.

Лише у п'яти жінок із групи ВС проведено таке пренатальне лікування: незакінчене специфічне – у трьох (2,9%), специфічне та профілактичне – двох жінок (2,0%), специфічне та незакінчене профілактичне – у однієї (1,0%). Слід зазначити,

що у трьох із шести випадків внаслідок затримки з пренатальною діагностикою та лікуванням лікарям не вдалося завершити курс специфічної терапії до пологів. Ці випадки підтверджують думку експертів ВООЗ про те, що лікування майбутньої матері є неадекватним у разі його проведення на останньому місяці вагітності. Динаміка серологічних показників у двох вагітних, яким у другому триместрі було проведено специфічне та профілактичне лікування, свідчить про те, що у них імовірно мало місце реінфікування та серорецидив після проведеної терапії. У першому випадку це підтверджував той факт, що статевий партнер не був пролікований і вірогідно відбулося реінфікування, а в другому випадку відбулося порушення режиму лікування – пеніцилін G призначався 2 рази на добу, а це суперечить інструкції препарату та рекомендаціям ВООЗ, CDC, IUSTI, відповідно до яких препарат призначається дорослим пацієнтам 4–6 р/д.

Аналіз отриманих результатів дозволив ідентифікувати фактори ризику народження дітей із ВС у хворих на сифіліс матерів. Ми з'ясували, що вірогідно частіше народжували немовлят із ВС жінки репродуктивного віку після 20 років, незаміжні, мешканки міст ($p < 0,05$) та з діагнозом раннього прихованого сифілісу порівняно з іншими формами (95% конфіденційний інтервал від 2,6 до 5,9). Відсутність реєстрації в містах жінок із груп ВС та ПЛ також утруднювала їх доступ до безкоштовного пренатального нагляду.

Наші дані підтверджують думку багатьох дослідників [13; 15], що основними факторами ризику ВС є відсутність пренатального нагляду (44%) та адекватного лікування (99%, 95% конфіденційний інтервал 1,3 до 5,3). Непокоїть той факт, що біля 56% вагітних жінок стали на облік до ЖК, але з різних причин їм не проведено своєчасне пренатальне обстеження та лікування. Вірогідно більша кількість жінок не отримувала лікування до пологів у групі ВС порівняно з групою ПЛ, але не було вірогідної різниці між кількістю жінок груп ВС та ПЛ, що не перебували на обліку в ЖК, у яких була затримка з пренатальною діагностикою та лікуванням, або тими, які відмовилися від госпіталізації, були реінфікованими та не мали пологового скринінгу ($p < 0,05$).

Ми також підтвердили висновки попередніх дослідників [14] про те, що значним фактором розвитку ВС у немовлят є пізній пренатальний нагляд – після 28 тижня гестації (третій триместр), коли проведене лікування вагітної може виявитися неадекватним для запобігання розвитку ВС у дитини (95% конфіденційний інтервал 2,4 до 5,4). Не було встановлено вірогідної різниці в кількості жінок, які стали на облік до ЖК після 28 тижня вагітності, у групах ПЛ та ВС, а це, в свою чергу, є свідченням того, що група ПЛ є групою ризику щодо народження дітей із ВС. Суттєвим фактором

ризик розвитку ВС було також пізнє інфікування вагітних (18%), яке, на нашу думку, є наслідком проблем із серодіагностикою в Україні (відсутність референс-лабораторій, реакція Вассермана).

Департамент Репродуктивного Здоров'я та Досліджень (RHR) опублікував серію оглядів щодо елімінації сифілісу в світі у Бюлетні Світової Організації [4], а Наукова Технічна Дорадча Група Департаменту Репродуктивного Здоров'я та Досліджень підтримала стратегію щодо глобальної елімінації ВС, яка була включена до робочого плану на 2004–2009 рр. [17].

Основна мета стратегії ВООЗ – це елімінація ВС як проблеми громадського здоров'я, з особливою увагою на попередженні передачі від матері до дитини шляхом ранньої антенатальної допомоги жінкам, лікування їхніх статевих партнерів і профілактичного лікування одноразовою ін'єкцією бензатинпеніциліну немовлят, народжених від матерів з позитивними серорекціями. Це разом зі зменшенням поширення сифілісу серед вагітних жінок, як стверджується в стратегії ВООЗ щодо попередження і контролю ІПСШ, сприятиме елімінації ВС.

Оскільки захворюваність на сифіліс в індустріальному світі знизилася, проводилися численні аналізи економічної доцільності універсального скринінгу вагітних жінок на сифіліс. Всі вони показали, що такий скринінг є ефективним при захворюваності на сифіліс серед вагітних навіть менше 1% [12].

Слід зазначити, що причини ВС у всіх країнах схожі. В індустріалізованому світі найбільш поширеною причиною ВС є відсутність пренатального догляду. Крім того, пізній пренатальний догляд не дозволяє попереджати мертворожденість та народження дітей із ВС [14].

Скринінг сифілісу має бути децентралізованим, доступним та безкоштовним, так само як і лікування. Порівняно із попередженням передачі ВІЛ від матері до дитини профілактика ВС є простою та недорогою.

Для країн з обмеженим бюджетом Стратегія ВООЗ щодо ліквідації ВС ґрунтується на 4 основних принципах, які розроблені експертами з багатьох країн та можуть бути рекомендовані до впровадження в окремих країнах, незалежно від їхніх ресурсів та рівня захворюваності:

- Принцип 1. Забезпечення стійкої політичної та інформаційної підтримки на шляху елімінації ВС.

Експерти стверджують, що політика щодо елімінації ВС є ефективною лише тоді, коли система охорони здоров'я та її користувачі хочуть її впроваджувати. Політична підтримка з чіткими пріоритетами та розміщенням ресурсів допоможе ліквідувати проблему.

- Принцип 2. Підвищення доступності та якості медичної допомоги в рамках служб охорони материнства та дитинства.

Слід забезпечити скринінг та адекватне лікування усіх вагітних, а також використати усі можливості для обстеження жінок, які не відвідують жіночі консультації (відвідування педіатра з іншою дитиною), тобто доступ і якість допомоги повинні бути покращені.

- Принцип 3. Проведення скринінгу та лікування вагітних жінок та їхніх статевих партнерів.

Наявні методи діагностики ефективні, дешеві та вимагають мінімального матеріально-технічного забезпечення. Лікуванню підлягають всі жінки, хворі на сифіліс, та їхні статеві партнери, а також діти, народжені матерями, хворими на сифіліс, які не отримували лікування під час вагітності.

- Принцип 4. Створення систем спостереження та оцінки результатів.

Необхідно поліпшити систему епідеміологічного нагляду, розробити методи оцінки ефективності, зміцнити системи спостереження та оцінки результатів.

Крім того, експерти вирізняють заходи по боротьбі з ВС на національному рівні:

- процес повинен бути орієнтований на країни з урахуванням культурних та епідеміологічних особливостей, а також умов допологового спостереження;

- необхідний комплексний підхід, що передбачає об'єднання заходів боротьби проти ВС з іншими програмами з охорони материнства та дитинства (профілактикою передачі ВІЛ від матері до дитини тощо) та ініціативами з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я;

- необхідно дотримуватися прав жінок на отримання інформації, консультування та конфіденційності;

- для оптимального використання наявних ресурсів необхідні міжсекторальний підхід, партнерство і співпраця.

З метою досягнення елімінації ВС, ВООЗ працює на міжнародному, регіональному та місцевому рівнях. На місцевому рівні ВООЗ пропонує підтримку у співпраці з іншими програмами щодо репродуктивного здоров'я, ІПСШ та ВІЛ, ситуаційному аналізі, впровадженні відповідної стратегії, нагляду та моніторингу програм тощо.

На шляху до елімінації ВС перед Україною, як і перед іншими країнами, не стоять нездоланні труднощі. Бракує лише політичної волі, доказових підходів та підтримки на всіх рівнях. Насправді існує небагато причин, чому елімінація ВС не є пріоритетним напрямком, і багато причин, чому так повинно бути. Профілактика ВС є ефективною лише тоді, коли система охорони здоров'я та її користувачі хочуть її впроваджувати [12], що становить **перспективи подальших досліджень**.

Висновки

1. За допомогою комплексного медико-соціального обстеження хворих на сифіліс матерів та народжених ними немовлят встановлена не-

відповідність надання допомоги хворим на сифіліс вагітним стратегії ВООЗ, наслідком чого є високий рівень захворюваності на сифіліс серед жінок репродуктивного віку, у тому числі вагітних.

2. Враховуючи зростаючі темпи росту ВІЛ-інфікування серед жінок репродуктивного віку в Україні протягом останніх десяти років, необхідна оптимізація системи профілактики ВС та інтегра-

ція її до державних програм «Репродуктивне здоров'я України на період до 2006–2015», забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-інфікованих і хворих на СНІД на 2009–2013 рр. та «Здоров'я-2020: український вимір» відповідно до пріоритетів нової європейської політики та основних напрямків державної політики в охороні здоров'я.

Список літератури

1. *Глобальная ликвидация врожденного сифилиса: обоснование и стратегия действий* / ВОЗ. – 2008. – 38 с.
2. *Глобальная стратегия профилактики инфекций, передаваемых половым путем и борьбы с ними, 2006-2015 гг.* / ВОЗ. – 2008. – 69 с.
3. *Гойко О. В.* Практичне використання пакета STATISTICA для аналізу медико-біологічних даних : [навч.-метод. посібн.] / О. В. Гойко. – К., 2004. – 76 с.
4. *Інфекції, що передаються статевим шляхом в Україні (2003-2007): епідеміологія, організація контролю, тенденції та проблеми* : [інформ. бюл.]. – К., 2009. – 40 с.
5. *Оцінка наявності й доступності послуг з діагностики і лікування інфекцій, які передаються статевим шляхом, для груп підвищеного ризику інфікування ВІЛ в Україні* : звіт Місії ВООЗ (30 бер. – 3 квіт. 2009 р.). – 43 с.
6. *Congenital syphilis* / Finelli L., Berman S. M, Koumans [et al.] // *Bull. World Health Organ.* – 1998. – Vol. 78 (Supl. 2). – P. 126–128.
7. *Congenital syphilis after maternal treatment for syphilis during pregnancy* / Sheffield J. S., Sanches P. J., Morris G. [et al.] // *Amer. J. Obstet. Gynecol.* – 2002. – Vol. 186. – P. 569–573.
8. *Congenital syphilis in the Russian Federation: magnitude, determinants, and consequences* / Tikhonova L., Salakhov E., Southwick K. [et al.] // *Sex. Transm. Inf.* – 2003 – Vol. 79. – P. 106–110.
9. *Neonatal and perinatal mortality. Country, regional and global estimates. 2006.* [Electronic resource]. – Access mode : http://who.int/making_pregnancy_safer/publications/neonatal.pdf. – Title from a screen.
10. *Prenatal syphilis infection is a possible cause of preterm delivery among immigrant women from eastern Europe* / Tridapalli E., Capretti M. G., Sambri V. [et al.] // *Sex. Transm. Inf.* – 2007 – Vol. 83 – P. 102–105.
11. *Prevention of congenital syphilis – Time for action* // *Bull. World Health Organ.* – 2004. – Vol. 82. – P. 401.
12. *Sanches P. J.* Syphilis in pregnancy / P. J. Sanches, G. D. Wendel // *Clinics in Perinatology.* – 1997. – Vol. 24 (1). – P. 71–90.
13. *Schmid G.* Economic and programmatic aspects of congenital syphilis / G. Schmid // *Bull. World Health Organization.* – 2004. – Vol. 82. – P. 402–409.
14. *Shachner L. A.* Congenital syphilis (Prenatal Syphilis) / L. A. Shachner, R. C. Hansen // *Pediatric Dermatology.* – 3 edition Mosby. – 2003. – P. 1185–1196.
15. *The Need and Plan for Global Elimination of Congenital Syphilis* / Schmid G., Stoner B., Hawkers S. [et al.] // *Sex Transm Dis.* – 2007. – Vol. 34 (Suppl. 7). – P. 5–9.
16. *WHO Policy paper. Action for the Global Elimination of Congenital Syphilis: Rationale and Strategy* [Electronic resource]. – Access mode : <http://www.who.int/reproductive-health/stis/docs/syphilis.html>. – Title from a screen.
17. *World Health Organisation Global Burden of Disease report.* – Geneva : WHO, 2002.

ГЛОБАЛЬНАЯ ЭЛИМИНАЦИЯ ВРОЖДЕННОГО СИФИЛИСА: НОВЫЕ ВЫЗОВЫ ДЛЯ УКРАИНЫ

Г.А. Слабкий, Л.А. Деревянко (Киев)

Врожденный сифилис (ВС) остается глобальной проблемой и ныне, поскольку в любом обществе он имеет значительные медицинские, экономические, социальные и эмоциональные последствия, хотя иногда и скрытые. Всемирная организация здравоохранения недавно предложила Стратегию глобальной элиминации врожденного сифилиса, которая направлена на мобилизацию ресурсов и предоставляет план действий в отношении окончательного искоренения этой проблемы.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **беременность, сифилис, врожденный сифилис.**

GLOBAL ELIMINATION OF CONGENITAL SYPHILIS: NEW CHALLENGES FOR UKRAINE

G.A. Slabkiy, L.A. Derevyanko (Kyiv)

Congenital syphilis (CS) has been continuing a global problem because in every society it has significant medical, economic, societal and emotional burdens even sometimes hidden. The newly proposed World Health Organization Strategy for the Global Elimination of Congenital Syphilis aims to mobilize resources and provide a plan to address this underrecognized health problem.

KEY WORDS: **pregnancy, syphilis, congenital syphilis.**

Рукопис надійшов у редакцію 28.01.2013

Рецензент: д.мед.н., проф. Ю.Б. Яценко