**Газета Медицина для Вас № 08 от 11.07.18**

**Сифилис и беременность**

Заболеваемость сифилисом, является одной из самых значимых и острых медико-социальных проблем.

Особенную настороженность вызывает прогрессирующая динамика числа случаев заболеваемости сифилисом среди беременных и новорожденных. На сегодняшний день основной проблемой лечения сифилиса у беременных является поздние сроки диагностирования заболевания. Как показывают результаты исследований, каждый третий случай заболеваемости сифилисом у беременных женщин выявляется только во второй половине беременности, что существенно снижает эффект лечения по профилактике развития врожденного сифилиса у новорожденных, так как большинство женщин не успевает получить лечение в полном объеме и высока вероятность, что плод уже поражен патологическим процессом. В результате это приводит к тому, что даже у женщин, получивших определенный объем лечения рождаются дети с проявлениями врожденного сифилиса.

Помимо этого рост случаев врожденного сифилиса обусловлен рядом таких социальных факторов как: резкое усиление миграционных потоков из сел в города, нестабильность социальных и экономических отношений, рост проституции и пр. Работники коммерческего секса в Астане которые болеет сифилисом до 25-ти лет составляет 25,7%, а старше 25-ти -43,3%. Все эти факторы приводят к тому, что определенная часть населения не состоит на учете в женских консультациях и не проходит никакие обследования вплоть до родов. Именно поэтому дети, больные врожденным сифилисом, чаще рождаются у юных матерей, женщин, ведущих асоциальный образ жизни, планирующих отказ от ребенка и потому не состоящих на учете в женской консультации.

Сифилис имеет инкубационный период до 4-х недель, после которых начинают проявляться такие первичные признаки сифилиса как твердые шанкры. Твердые шанкры представляют собой эрозии и язвы, локализованные преимущественно на половых органах, а именно на больших и малых половых губах, в области клитора, промежности, а также на шейке матки, станках влагалища, прямой кишке и в анальной области. Их появление, как правило, сопровождается увеличением лимфатических узлов. Далее через 5-6 недель развивается вторичный период сифилиса, который характеризуется генерализацией инфекции, что проявляется в появлении кожных высыпаний на туловище, ладонной и подошвенной поверхности конечностей. Высыпания носят пятнистый, узелковый, пустелезный характер, который в дальнейшем самопроизвольно регрессируют. Далее после латентного периода (скрытый сифилис) наступает период рецедива заболевания, которые характеризуются менее обильными высыпаниями, размеры которых при этом увеличиваются, а цвет теряет интенсивность. Вторичный сифилис также сопровождается проявлениями алопеции (выпадение волос) и вторичной депигментацией кожи (лейкодерма). Таким образом, вторичный период может протекать до 4 лет и в дальнейшем инфекция может принять латентный характер. У определенной части больных заболевание может прогрессировать в поздний висцеральный сифилис и нейросифилис.

Инфицирование же плода может произойти как в случае заболевания матери до зачатия, так и позднее, на разных стадиях развития плода. Поражения плода достигает максимальных уровней 80% случаев при вторичном и раннем скрытом сифилисе у беременной женщины.

Поражение плода сифилитической инфекцией приводит к нарушению питания плода, то есть происходят преждевременные роды мертвым плодом.

Дети с врожденным сифилисом составляет в среднем 12% от числа родившихся, мертворожденные − в среднем 11%.

Современные эффективные методы лечения сифилиса позволяют с большой вероятностью предотвратить врожденный сифилис при выявлении заболевания у матери в первые два триместра беременности.

 **Рахметалиева Л.Б.- врач дерматовенеролог**

 **ГЦ СПИД г.Астаны**