Следует отметить, что с 2003 по 2007 г. в Читинской области количество дефектов при оказании медицинской помощи данной категории беременных умсньшилось по сравнению с предыдущим периодом (1998–2002) в 4,2 раза, при этом дефектов качества серологической диагностики не отмечено.

Наряду с анализом заболеваемости сифилисом беременных проведен анализ объема репродуктивных потерь, связанных с сифилитической инфекцией, в том числе доли женщин, прервавших беременность по медицинским показаниям.

За девятилетний период доля женщин, прервавших беременность по медицинским показаниям, снизилась с 11,3 до 2,3 % (в 4,9 раза). В целом за 2001–2008 гг. прервали беременность в связи с заболеваемостью сифилисом 6,5 % женщин. В результате анализа исходов беременности у женщин с впервые установленным диагнозом сифилиса в Читинской области в 2002–2007 гг. выявлено следующее: из общего числа беременных, больных сифилисом (784 женщины), закончили беременность родами 455 (58,0 %), в том числе преждевременными – 18 (3,9 % от числа родивших), самопроизвольным абортом – 30 (6,6 % от числа родивших), из них 27 (5,9 % от числа родивших) в сроке беременности 13–22 недели. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проведено 154 женщинам (19,6 % от числа беременных). Мертворождения составили 5 случаев (1,1 % от числа родивших), в том числе подтвержденные морфологическими методами – 1 случай. Таким образом, в течение 2002–2007 гг. в Забайкальском крае не появилось на свет 189 детей в связи с наличием сифилитической инфекции у беременных, при этом репродуктивные потери и неблагоприятные исходы родов составили 24,1 % (от числа беременных, больных сифилисом).

На основании проведенного исследования разработаны алгоритмы межведомственного взаимодействия дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных, предложены индикаторы качества организации совместной деятельности.

СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЭПИДЕМИОЛОГИИ ЧЕСОТКИ НА ПРИМЕРЕ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

Т. А. Сырнева, Е. Б. Корюкина
Уральский НИИ дерматовенерологии и иммунопатологии,
г. Екатеринбург

Эпидемиологическая ситуация по чесотке за последние 5 лет как в Российской Федерации в целом, так и в Свердловской области остается напряженной. В пределах различных субъектов Российской Федерации в 2008 г. заболевае-

мость этой инфекцией значительно варьировала – от 10,3 случая на 100 тыс. населения (Республика Кабардино-Балкария) до 323,2 случая на 100 тыс. населения (Республика Удмуртия). Коэффициент дисперсности (вариабельность) между минимальным и максимальным значениями составил в 2007 г. 31,4.

В период с 2004 по 2008 г. на территории Свердловской области заболеваемость чесоткой сохранялась на стабильно высоком уровне (163,9–150,4 случая на 100 тыс. населения).

За анализируемый пятилетний период чесоткой поражались все возрастные группы населения, причем 40–42 % больных составляли дети в возрасте от 0 до 14 лет. Стабильно в эти годы сохранялась достоверно более высокая заболеваемость чесоткой среди сельского населения (194,1±0,016 случая на 100 тыс. населения) по сравнению с городским (153,3 ±0,012 случая). Отмечается значительная вариабельность показателей заболеваемости в различных муниципальных образованиях на территории области. Так, в 2008 г. показатель заболеваемости колебался от 0 до 839,7 случая на 100 тыс. населения, в районах с наиболее высокой заболеваемостью показатель превышал среднеобластной в 2,4–5,6 раза.

В 26 муниципальных образованиях Свердловской области наблюдался рост заболеваемости. На территории Гаринского района за последние пять лет не зарегистрировано ни одного случая заболевания. Данный факт не свидетельствует об отсутствии чесотки на территории отдельно взятого района, тем более что в близлежащих муниципальных образованиях в течение этого же периода стабильно фиксировались цифры заболеваемости, превышающие среднеобластной показатель в 3,8–4,3 раза. Приведенные данные указывают на значительные дефекты регистрации чесотки в отдельных территориях.

Одной из характерных эпидемиологических особенностей современной чесотки является систематическая регистрация крупных очагов заболевания в социальных учреждениях (психоневрологических интернатах, домах инвалидов). В 2003–2008 гг. в этих учреждениях на территории Свердловской области официально зарегистрировано 11 очагов чесотки. В каждом из них выявилось не более 7–35 случаев чесотки. При обследовании контактов по чесотке число лиц с высыпаниями на коже, клинически укладывающихся в диагноз чесотка, достигало 70–100 % от числа осмотренных. В 4 из 11 случаев выявлялась чесотка среди младшего медицинского персонала. Во всех случаях источником заболевания являлись больные с норвежской чесоткой, длительность заболевания у которых составляла от 2–14 лет (в среднем 3,8 года).

Существенное влияние на распространение чесотки в Свердловской области оказывают отсутствие в ряде территорий области санитарных пропускников с наличием скабиозориев, многочисленные случаи самолечения населения, а также недостатки в организации лечебно-профилактической помощи, в том числе некачественное обследование семейных, коллективных и сексуальных контактов, низкий уровень или отсутствие лабораторной диагностики чесотки в муниципальных лечебно-профилактических учреждениях.