



## ДЕПАРТАМЕНТ ОХРАНЫ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ

### ПРИКАЗ

« 20 » июля 2018г.

№ 1186

г. Кемерово

#### **Об утверждении схемы взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных**

Руководствуясь Постановлением Правительства российской Федерации от 26.12.2017 № 1640 «Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения», приказами Министерства здравоохранения Российской Федерации от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса», от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым путем», от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протокола ведения больных «Сифилис», от 01.11.2012 № 572н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология», приказом Росстата от 29.12.2011 № 520 (ред. от 30.12.2015) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения», клиническими рекомендациями «Сифилис» Российского общества дерматовенерологов и косметологов (2016), приказом департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 05.04.2018 № 495 «О серологических исследованиях крови на сифилис» (с изменениями, утвержденными приказом ДОЗН КО от 19.04.2018г. № 591), в целях исключения ошибок по ведению беременных женщин с сифилисом, случаев врожденного сифилиса, натальных потерь, связанных с сифилитической инфекцией, сохранения здоровья детей, снижения материальных затрат за счет предотвращения случаев заболеваемости

#### **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить:

1.1. Схему взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных в соответствии с приложением № 1.

1.2. Индикаторы качества совместной работы врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов (врачей общей практики) по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных в соответствии с приложением № 2.

1.3. Форму ведения учетной документации врачами акушерами-гинекологами, дерматовенерологами (врачами общей практики) в соответствии с приложением № 3.

2. Руководителям государственных медицинских организаций Кемеровской области, медицинских организаций иной формы собственности (по согласованию) организовать оказание медицинской помощи по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных в соответствии с настоящим приказом.

3. Приказ департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 20 октября 2008г. № 1348 «Об утверждении Порядка взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных».

4. Директору ГБУЗ КО «Новокузнецкий медицинский информационно-аналитический центр» (Махов В.А.) разместить приказ на официальном сайте департамента охраны здоровья населения Кемеровской области.

5. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на заместителя начальника департамента Зеленину Е.М.

И.о. начальника департамента



А.В. Брежнев

КОПИЯ ВЕРНА

*А.В. Брежнев*

**Схема взаимодействия  
врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике  
сифилиса у беременных и новорожденных**

В Схеме взаимодействия врачей дерматовенерологов и акушеров-гинекологов по профилактике сифилиса у беременных и новорожденных (далее Схема) определены алгоритмы выявления факторов риска сифилиса у беременных, тактики при выявлении положительных серологических тестов у беременной, ведения беременной с впервые установленным диагнозом «сифилис» в зависимости от сроков гестации, алгоритм определения эпидемиологического случая врожденного сифилиса. Предложены индикаторы качества диагностики скрытого сифилиса у беременных, полноты обследования половых контактов. Определены схемы взаимодействия врачей акушеров-гинекологов (врачей общей практики) и врачей дерматовенерологов по профилактике и раннему выявлению в ведении сифилиса у беременных и новорожденных. Дана систематизация тактических, диагностических, организационных ошибок.

Схема предназначена для использования в кожно-венерологических учреждениях (диспансере, отделении, кабинете), учреждениях родовспоможения, в том числе в женских консультациях, в общих врачебных практиках.

Диагностика сифилиса у беременных, новорожденных осуществляется в соответствии с диагностическими технологиями, разрешенными к применению приказом МЗ РФ от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса».

Лечение сифилиса проводится в соответствии с приказом МЗ и СР РФ от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протоколов ведения больных «Сифилис» и приказами МЗ и СР РФ от 18.12.2006 № 860 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным врожденным сифилисом (при оказании специализированной помощи)», от 08.12.2006 № 829 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с поздним сифилисом (при оказании специализированной помощи)», от 08.12.2006 № 830 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со скрытым сифилисом, неуточненным как ранний или поздний (при оказании специализированной помощи)», от 17.01.2007 № 43 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с больным с ранним сифилисом (при оказании специализированной помощи)», клиническими рекомендациями Российского общества дерматовенерологов и косметологов, утвержденных Минздравом России (2016г.). Совместная работа врачей акушеров-гинекологов, дерматовенерологов, педиатров осуществляется согласно приказу Минздравсоцразвития от 30.07.2001 № 291 «О мерах по предупреждению распространения инфекций, передаваемых половым

путем». Регистрация выявленных случаев заболеваний проводится путем заполнения экстренного извещения форма № 089/у-кв. Территориальный учет заболеваемости осуществляется по форме № 34 «Сведения о больных заболеваниями, передаваемыми преимущественно половым путем, грибковыми кожными болезнями и чесоткой», утвержденной приказом Росстата от 29.12.2011 N 520 (ред. от 30.12.2015) «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений системы здравоохранения».

Мероприятия по вторичной профилактике врожденного сифилиса осуществляются акушером-гинекологом (врачом общей практики) с момента первого посещения беременной.

**Схема включает:**

- алгоритм выявления у беременной факторов риска инфицирования сифилисом;
- алгоритм клинико-лабораторного обследования беременной на сифилис;
- диагностический и тактический алгоритм при выявлении у беременной положительных серологических тестов на сифилис;
- алгоритм тактических действий врача при установлении у беременной впервые выявленного диагноза сифилиса в зависимости от срока гестации;
- алгоритм эпидемиологического расследования случаев рождения детей с высоким риском инфицирования сифилитической инфекцией;
- алгоритм ведения детей, родившихся от серопозитивных по сифилису женщин;

**I. Алгоритм выявления анамнестических факторов риска инфицирования сифилисом у беременной.**

При сборе анамнеза у беременной женщины необходимо выявить факторы риска заражения сифилисом:

- парентеральный прием наркотических препаратов;
- наличие перенесенных инфекции, передаваемых половым путем (ИППП);
- наличие нескольких половых партнеров;
- наличие в анамнезе у беременной сифилитической инфекции;
- наличие в анамнезе у мужа (полового партнера) сифилитической инфекции;
- наличие у беременной женщины в прошлом мертворождений или поздних выкидышей.





## II. Алгоритм клинико-лабораторного обследования беременной на сифилис.

При первом и всех последующих посещениях беременной в любом сроке акушер-гинеколог (врач общей практики) проводит обязательный осмотр кожи и слизистых, пальпацию лимфатических узлов для выявления возможных клинических симптомов сифилиса. При наличии проявлений, подозрительных на сифилис, направляет беременную на консультацию к дерматовенерологу для проведения исследования на обнаружение возбудителя сифилиса в материале из высыпаний на коже (слизистых) методом темнопольной микроскопии. Обследование проводится в территориальном кожно-венерологическом учреждении. Обнаружение бледной трепонемы является абсолютным доказательством диагноза «сифилис». Факт направления на обследование должен быть отражен в амбулаторной карте пациентки. Акушер-гинеколог своевременно информирует беременную о полученных результатах обследования и о необходимости лечения и осуществляет контроль посещения женщины на консультацию к дерматовенерологу.

Одновременно в обязательном порядке, беременной проводится серологическое обследование на сифилис с применением комплекса трепонемных и нетрепонемных тестов, утвержденных приказом Минздравсоцразвития РФ от 26.03.2001 № 87 «О совершенствовании серологической диагностики сифилиса». Обследование беременной только нетрепонемными или только трепонемными тестами недопустимо.

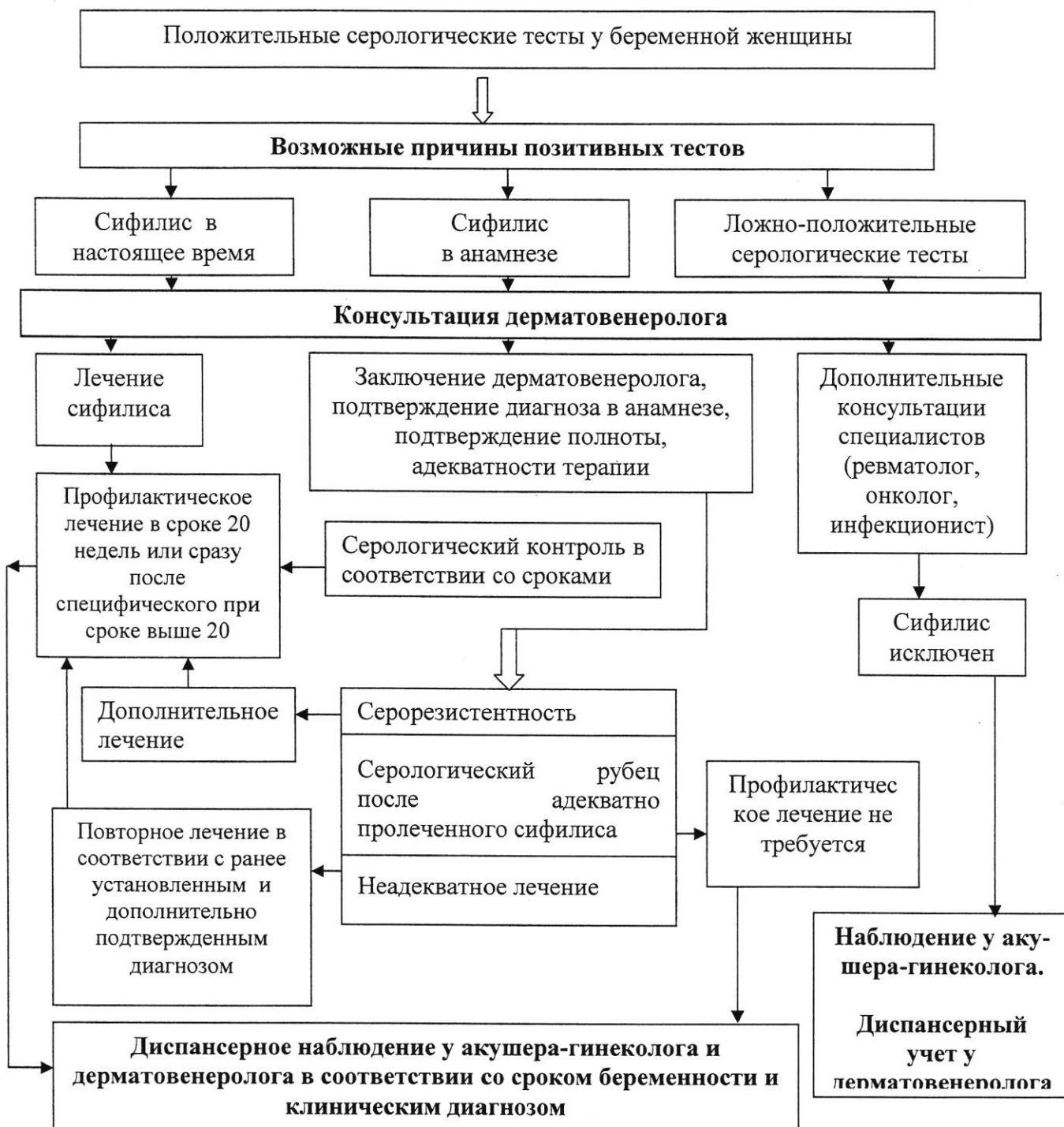
Обязательным является сочетание одного отборочного нетрепонемного теста в качественном и количественном варианте и 2-х специфических тестов.



### III. Диагностический и тактический алгоритм врача акушеро-гинеколога, врача общей практики и врача дерматовенеролога при выявлении у беременной положительных серологических тестов.

В случае получения положительного результата даже в одном тесте на сифилис у беременной, независимо от анамнеза и дальнейшего сохранения беременности, акушер-гинеколог (врач общей практики) в обязательном порядке направляет женщину на обследование к дерматовенерологу.

Позитивный результат фиксируется в журнале учета положительных тестов на сифилис, а также в амбулаторной и обменной карте беременной с указанием точных данных о дате, виде, степени позитивности (коэффициенте позитивности, титре). В амбулаторной карте пациентки делается обязательная запись о дате направления на консультацию и дате взятия беременной на обследование (лечение) дерматовенерологом. Акушер-гинеколог своевременно передает информацию о направленной женщине с позитивным тестом в территориальное кожно-венерологическое учреждение. Сверка информации о направленных и явившихся на прием женщинах, должна осуществляться не реже 1 раза в неделю. При неявке женщины на консультацию к дерматовенерологу в течение 3-х дней, акушер-гинеколог (врач общей практики) передает информацию о данной беременной в организационно-методический отдел кожно-венерологического учреждения. Контроль за осуществлением оперативной связи с кожно-венерологическим учреждением (КВУО) осуществляется заведующим отделением или заведующим женской консультацией. Окончательное заключение о диагнозе, необходимости специфического и/или профилактического лечения выдает только врач дерматовенеролог КВУ. При выявлении у беременной положительных серологических тестов выясняются возможные причины позитивных тестов и дальнейшее обследование проводится по алгоритму:



**IV. Алгоритм общей тактики ведения акушером-гинекологом, врачом общей практики беременной с впервые установленным диагнозом «сифилис».**

Тактика ведения акушером-гинекологом, врачом общей практики беременной с впервые установленным диагнозом «сифилис» зависит от срока беременности на момент установления диагноза «сифилис».





\* Проводится при наличии юридического согласия беременной.

### Специфическое лечение беременных.

При подтверждении впервые установленного у беременной диагноза «сифилис», лечение проводит дерматовенеролог в соответствии с приказом МЗ РФ от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протоколов ведения больных «Сифилис» и приказами МЗ и СР РФ от 08.12.2006 № 829 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с поздним сифилисом (при оказании специализированной помощи)», от 08.12.2006 № 830 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным со скрытым сифилисом, неуточнённым, как ранний или поздний (при оказании специализированной помощи)», от 17.01.2007 № 43 «Об утверждении стандарта медицинской помощи больным с больным с ранним сифилисом (при оказании специализированной помощи)», клинических рекомендаций Российского общества дерматовенерологов и косметологов (РОДВК) 2016г., утвержденных Минздравом России, в зависимости от срока беременности.

Лечение проводится в условиях круглосуточного стационара. Вопрос о необходимости госпитализации и профиле стационара решается дерматовенерологом совместно с акушером-гинекологом в процессе индивидуального консультирования в зависимости от метода терапии, стадии сифилитической инфекции, наличия осложнений в ходе беременности. При развитии состояний, угрожающих здоровью матери и плода, лечение целесообразнее проводить в отделении патологии беременных при консультировании дерматовенеролога.

Специфическое лечение своевременно и адекватно, если оно начато до 32-й недели беременности и проведено в соответствии с утвержденными федеральными стандартами оказания медицинской помощи больным сифилисом и клиническими рекомендациями. Лечение беременных в кожно-венерологических учреждениях проводится с участием врача акушера-гинеколога для профилактики и коррекции нарушений в фетоплацентарной системе.

#### **Профилактическое лечение беременных.**

Акушер-гинеколог (врач общей практики), выявив положительные тесты у беременной женщины с сифилисом в анамнезе, направляет ее к дерматовенерологу для решения вопроса о необходимости проведения профилактического лечения. Дерматовенеролог подтверждает анамнез женщины и в зависимости от результатов тестов назначает профилактическое лечение. Показания к проведению и схемы профилактического лечения определены приказом Минздрава России от 25.07.2003 № 327 «Об утверждении протоколов ведения больных «Сифилис», клинических рекомендациях РОДВК 2016г., методических указаниях Министерства здравоохранения Российской Федерации № 98/273 «Лечение и профилактика сифилиса», 1999 г. Профилактическое лечение проводится в сроке 20 недель беременности, а при поздно начатом специфическом лечении непосредственно вслед за ним. В современных условиях, в связи с переходом на новые тестовые системы и отказом от КСР, критерием качества проведенного ранее лечения сифилиса: является стойкая негативация в нетрепонемных тестах: РМП или РПР (RPR) или 4-х кратное снижение титров, снижение коэффициента позитивности в ИФА на определение иммуноглобулинов класса G в течение 1 года после окончания лечения, при полной негативации в ИФА Ig M. При соответствии данному критерию, профилактическое лечение беременной может не проводиться (по решению врачебной комиссии КВУ).

#### **V. Алгоритм эпидемиологического расследования случаев рождения детей с высоким риском инфицирования сифилитической инфекцией.**

В практической работе врач дерматовенеролог осуществляет количественный учет и регистрацию отдельных составляющих из группы новорожденных с высоким риском инфицирования сифилитической инфекцией. Информация вносится следующие строки отчетной формы № 34 таблица 2400:

- Строка 1 графа 9 – число беременных женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис» (в отчетном году): самопроизвольный аборт.
- Строка 3 графа 3 – число беременных женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис» (в отчетном году), не получивших лечение до родов.
- Строка 1 графа 7 – число беременных женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис» (в отчетном году) во время родов, до и послеродовый период.
- Строка 1 графа 14 – число родившихся детей всего от женщин с вновь установленным диагнозом «сифилис» (в отчетном году).
- Строка 1 графа 15 – в том числе с диагнозом «врожденный сифилис».
- Строка 1 графа 16 – из родившихся детей с врожденным сифилисом умерло от данного заболевания.
- Строка 1 графа 17 – мертворожденные с морфологически подтвержденным диагнозом: «сифилис».

**Риск инфицирования новорожденного сифилисом высок, когда у матери был установлен диагноз сифилиса, но:**

1. Сифилис у матери не пролечен к моменту родов.
2. Лечение сифилиса не закончено к моменту родов, или закончено менее, чем за 1 месяц до родов.
3. Лечение сифилиса закончено вовремя, но нет адекватного серологического ответа или наблюдается серологический рецидив.
4. Лечение сифилиса не пенициллиновыми препаратами и не цефтриаксоном.
5. Факт лечения сифилиса и его результаты не подтвержден документально, а серологические реакции положительные.
6. Лечение сифилиса до беременности, но не было серологического контроля, гарантирующего адекватный ответ.
7. Мертворождения и поздние выкидыши в прошлом у женщин с нелеченным сифилисом.
8. Случаи, когда необследованная мать бросила ребенка и у ребенка выявлены положительные серологические реакции крови на сифилис.

## Алгоритм определения риска инфицирования новорожденного сифилисом



### VI. Алгоритм ведения детей, родившихся от серопозитивных по сифилису женщин.

На первом этапе оказания лечебно-диагностической помощи новорожденному необходимо подробное выяснение анамнеза матери, отражающего ее диагностический и лечебный маршрут во время беременности. Документальное подтверждение анамнеза, подтверждение факта полноценного лечения беременной женщины и его лабораторного сопровождения, дальнейшего серологического контроля позволяют выявить эпидемиологические случаи врожденного сифилиса.

Этим детям требуется проведения всего объема диагностических процедур и одновременное проведение профилактического лечения по схеме врожденного сифилиса.



## *Профилактика сифилиса у беременных и новорожденных*

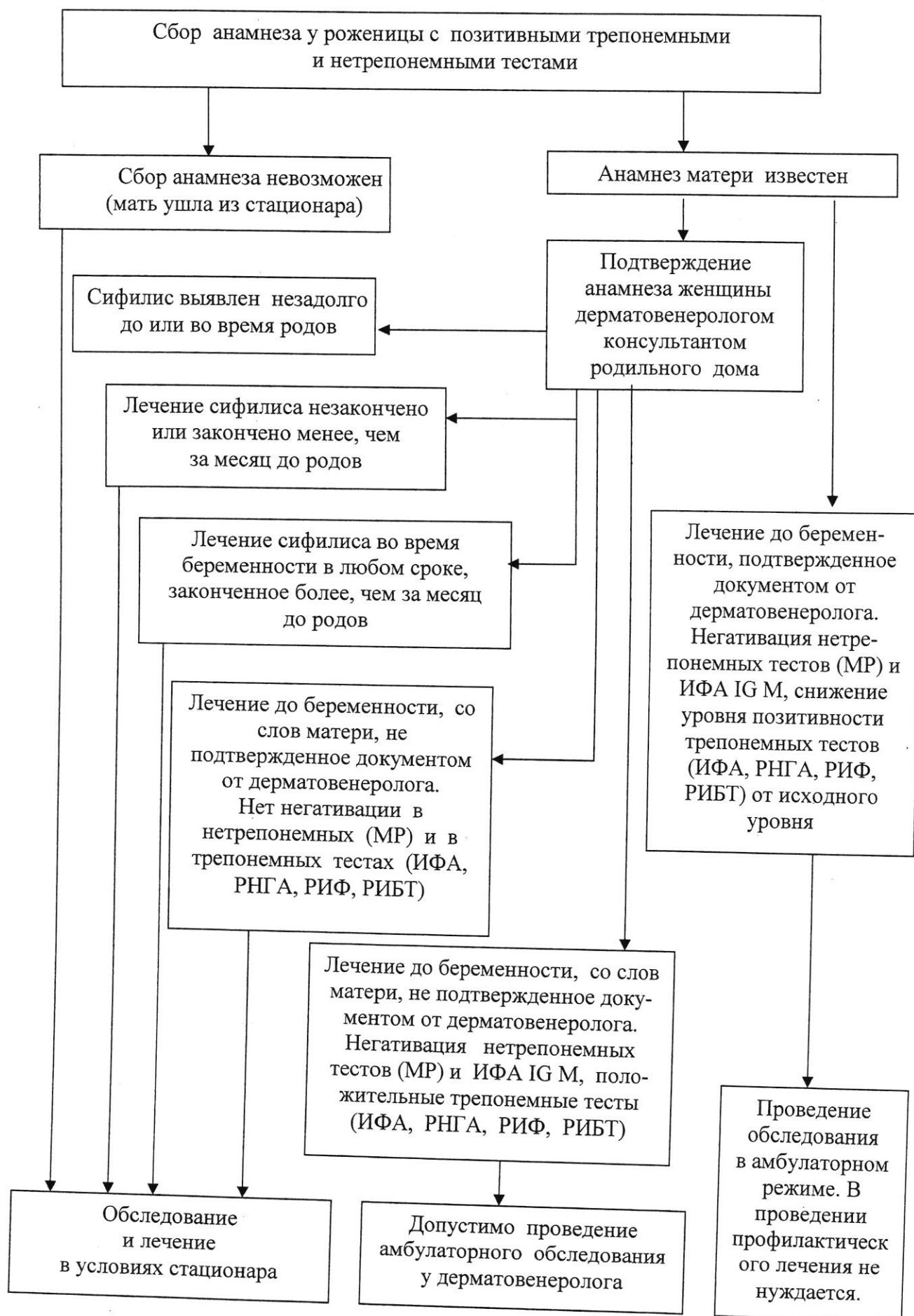
Аntenатальная профилактика включает в себя первичную и вторичную составляющие.

Первичная профилактика направлена на информирование о возможности внутриутробного инфицирования и необходимости раннего (в сроки не позднее 12 недель) начала дородового наблюдения. Врач акушер-гинеколог должен донести исчерпывающую информацию, которая может быть изложена устно во время беседы, консультирования или предложена в виде наглядной печатной продукции. Информация должна содержать не только сведения об ИППП, путях заражения, основных проявлениях заболевания, мерах индивидуальной профилактики, но и напоминать о серьезных последствиях ИППП во время беременности, в частности, сифилиса для умственного, психического и физического здоровья будущего ребенка.

Вторичная профилактика (в антенатальном периоде) включает четырехкратное серологическое обследование беременной в соответствии с приказом ДОН КО от 05.04.2018 № 495 «О серологических исследованиях крови на сифилис» (с изменениями, утвержденными приказом ДОН КО от 19.04.2018г. № 591), используя 2 теста (нетрепонемный и трепонемный): РМП+ИФА  $IgM+IgG$  или РМП+РПГА:

- первое обследование – в I триместре беременности (и при первой явке);
- второе обследование – в сроке беременности 30 недель;
- третье обследование – в сроке беременности 37-38 недель;
- четвертое обследование – при поступлении женщины на родоразрешение.

## Алгоритм ведения детей, рожденных от серопозитивных по сифилису женщин



**Индикаторы качества совместной работы дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, врачей общей практики по профилактике врожденного сифилиса \***

№ п/п	Наименование показателя	Значение целевого показателя
1.	Доля беременных, больных скрытым сифилисом, диагноз которых подтвержден двумя трепонемными тестами	100,0%
2.	Доля беременных, больных сифилисом с установленным источником заражения	Не менее 50,0%
3.	Доля беременных, получивших адекватное и своевременное обследование на сифилис	100,0%
4.	Доля беременных, больных сифилисом получивших своевременное лечение	100,0%
5.	Доля беременных, больных сифилисом, получивших адекватное лечение	100,0%
6.	Доля детей, рожденных от серопозитивных женщин, обследованных в полном объеме	100,0%
7.	Доля детей, родившихся от матерей с сифилисом, нуждающихся в профилактическом лечении по схеме врожденный сифилис	Не более 20,0%

\* Индикаторы утверждены приказом ДОН КО от 10.05.2018 № 705

Значение показателей, представленных в п.1,3,4,5,6 ниже 100%, в п. 2 – ниже 50%, в п.7 – выше 20% свидетельствует о недостаточно эффективной работе по выполнению лечебно-диагностических мероприятий и взаимодействию врачей дерматовенерологов, акушеров-гинекологов, врачей общей практики по профилактике врожденного сифилиса.

**Систематизация возможных ошибок акушера-гинеколога (врача общей практики).**

**Тактические:**

1. Обследование беременной проводится с задержкой, не при первой явке к акушеру-гинекологу.
2. Акушер-гинеколог не соблюдает сроки и кратность обследования на сифилис.
3. Врач, при сомнении в диагнозе, назначает многочисленные повторные тесты, своевременно не направляя на консультацию к дерматовенерологу, что приводит к увеличению сроков начала специфической терапии.

4. Акушер-гинеколог чрезмерно доверяет информации, полученной от женщины с сифилисом в прошлом, не требуя документального подтверждения факта лечения и заключения от дерматовенеролога.

5. Акушер-гинеколог не направляет на обследование мужа (постоянного полового партнера) женщин с положительными тестами на сифилис.

6. При выявлении положительных результатов на сифилис не проводится дополнительное обследование на ВИЧ, вирусные гепатиты и другие ИППП.

7. Акушер-гинеколог проводит лечение самостоятельно, без участия дерматовенеролога.

### ***Организационные:***

1. При получении из диагностической лаборатории сомнительных или технически не проведенных тестов (в ответе из лаборатории указано: хилезная, гемолизированная, проросшая сыворотка) не проводится повторный тест.

2. Тесты выполняются в лабораториях, не имеющих аккредитации для диагностики сифилиса.

3. Акушер-гинеколог не проводит учет полученных положительных результатов на сифилис, что может привести к затягиванию сроков обследования и утере контроля у отдельного количества беременных с сифилисом.

4. Акушер-гинеколог не имеет или несвоевременно осуществляет прямую и обратную связь с территориальным дерматовенерологическим учреждением.

5. Акушер-гинеколог не объективно информирует беременную о степени риска неблагоприятного исхода беременности без лечения сифилиса, а также об отсутствии негативного воздействия на плод противосифилитического лечения.

### ***Диагностические:***

1. Некачественный сбор анамнеза о половой жизни пациентки, числе половых партнеров, венерических заболеваниях в прошлом. Не принимаются во внимание мертворождения и поздние выкидыши в анамнезе у беременной.

2. Врачом не проводится осмотр кожи и слизистых при каждой явке беременной на прием.

3. Некачественный сбор анамнеза у беременной с сифилисом в прошлом, приводит к затягиванию сроков проведения профилактического лечения.

4. Обследование беременной проводится только одним или 2 тестами одногруппными тестами (трепонемными или нетрепонемными).

Акушер-гинеколог самостоятельно трактует полученные результаты и принимает решение об отсутствии необходимости лечения.



**Журнал учёта серопозитивных беременных женщин, выявленных акушерами - гинекологами  
(для ведения дерматовенерологами в кожно-венерологических диспансерах, кабинетах).**

№ п/п	Ф.И.О. адрес	Беременность срок (на момент обследования), сопутствующий диагноз.	Срок первого посещения женской консультации	Дата забора крови с целью исследования на сифилис	Результат обследования на сифилис вид, степень позитивности, сроки беременности, число получения результата,	Результаты предыдущих обследований на сифилис, число. (соответствует ли триместр)	Обстоятельства (где,) выявления положительного результата на сифилис, кем выявлена (место, число), № учреждения, адрес учреждения	Число передачи данных из женской консультации, род. дома. Ф.И.О принявшего сведения о серопозитивной женщине	Диагноз беременной, дата установления	Лабораторные методы подтверждения диагноза ТТ..
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.

Продолжение таблицы

Ф.И.О полового контакта	Результат и дата обследования полового контакта	Источники заражения	Начало лечен (число, месяц, год)	Схема лечения. (соответствие приказу № 327)	Исход беременности (роды число месяц год, аборт)	Обследование ребёнка на сифилис, методы, результаты, от какого числа.	Заключение специалистов (лор, окулист, рентген, невролог)	Результат обследования ребёнка.
12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.

**Журнал учёта серопозитивных беременных женщин (для ведения врачами акушерами гинекологами в женских консультациях, отделениях патологии беременных, родильных домах, гинекологических отделениях).**

№ п/п	Ф.И.О., Адрес № индивидуальной карты, истории родов	Беременность срок на момент обследования	Срок первого посещения женской консультации	Результаты предыдущих обследований на сифилис, даты.	Дата забора крови с целью исследования на сифилис	Результат обследования на сифилис, дата получения результата, вид, степень позитивности	Дата направления на консультацию дерматовенер, дата консультации в родильном, гинеколог. отделении.	Число передачи в КВУ, кому передано	Заключение дерматовенеролога, дата консультации	Исход беременности
1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.